



Asociación de Psiquiatras  
Argentinos  
Residentes en el país  
y en el exterior



# Sinopsis

APSA REVISTA

**SUMARIO** • **Violencia de género y dependencia emocional, a la luz del Cine** | *Domestic violence and emotional dependence, in the light of Cinema* | Dr. Hugo Carroll - Lic. Juliana Córdoba - Lic. Adriana Delego • **Trayectorias en la clínica psicoanalítica de lo catastrófico. Dispositivos de elaboración** | *Paths through psychoanalytic clinic of catastrophic disorders. Elaboration devices* | Dra. María del Carmen Beltrán - Lic. M. Alejandra Bó de Besozzi • **Conferencia: Dr. Carlos Solomonoff** | *Conference: Dr. Carlos Solomonoff* • **Patologías resistentes y factor humano** | *Resistant pathologies and the human factor* | Dr. Daniel Izrailit • **Bibliografía Recomendada: Psicoterapia de grupos** | Dra. Guillermina Berkunsky Idiart • **En Homenaje al Dr. Leopoldo Salvarezza** | Dr. Hugo Pisa



**Asociación de Psiquiatras  
Argentinos**  
residentes en el país  
y en el exterior



## APSA

Miembro de la Asociación Mundial de Psiquiatras (WPA)

Miembro de la Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL)

Miembro de la World Federation for Mental Health

## APSA

Rincón 355 - (C1081ABG)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Tel / Fax: (54 11) 4952-1249 - línea rotativa

[www.apsa.org.ar](http://www.apsa.org.ar) • [apsa@apsa.org.ar](mailto:apsa@apsa.org.ar)

### Comisión Directiva de APSA

#### Presidente

*Dr. Alfredo Cía*

#### Vicepresidente

*Dr. Horacio Vommaro*

#### Secretario

*Dr. Luis Herbst*

#### Tesorero

*Dr. Darío Lagos*

#### Vocales Titulares

*Dr. Gustavo Gómez*

*Dr. Analía Ravenna*

*Dr. Darío Romero Crusellas*

*Dr. Laura Rosales*

#### Vocales Suplentes

*Dr. Humberto Velásquez*

*Dr. Hugo Dramisino*

#### Órgano de Fiscalización Titulares

*Dr. Nora Leal Marchena*

*Dr. Graciela Onofrio*

#### Órgano de Fiscalización Suplentes

*Dr. María Lilia Rodríguez*

*Dr. Juan Carlos Turnes*

### Comité Editorial (2011-2013)

Director: Hugo Dramisino

Comité Editorial:

Guillermina Berkunsky

Tania Borda

Eduardo Burga Montoya

Gabriel Brarda

Julio Brizuela

Enzo Cascardo

Miguel Angel Castro

Andrés Flichman

Octavio Gallego Luesma

Jorge Garramuño

Mariana Lagos

Nora Leal Marchena

Pedro Pieczanski

Hugo Pisa

Analía Ravenna

Pablo Resnik

Sergio Rojtemberg

Martín Ruiz

### Comité Científico Nacional

Dr. Lucila Agnese

Prof. Dr. Ricardo Angelino

Dr. Ester Allegue

Dr. Sebastián Alvano

Dr. Sara Amores

Dr. M. de las Mercedes Baccaro

Dr. Valentín Barembit

Prof. Dr. Héctor Basile

Dr. Jorge Berstein

Dr. Raquel Bianchi

Dr. José Bozzo

Dr. Carlos Calatroni

Dr. Gustavo Carlsson

Dr. Hugo Carroll

Dr. Enzo Cascardo

Dr. Alfredo Cía

Dr. Norberto Conti

Dr. Cristina Deprati

Dr. Javier Didia Attas

Dr. Guillermo Dorado

Dr. Lucía Edelman

Dr. Luis Ellerman

Dr. Eduardo Espector

Dr. Celina Fabrykant

Dr. Juan C. Fantín

Dr. Guillermo Fernández Dadam

Dr. Andrés Ferdman

Dr. Lía Marcela Fernández

Dr. Alejandro Ferreira

Dr. Pablo Gabay

Dr. Anibal Goldchluk

Dr. Nieves Grieco

Dr. Sergio Griselli

Dr. Rafael Groisman

Dr. Julia Gutreiman de Erlich

Dr. Sergio Halsband

Dr. Alicia Kabanchik

Dr. Eduardo Kalina

Dr. Daniel Kersner

Dr. Elías Klubok

Dr. Néstor Koldobsky

Dr. Diana Kordon

Dr. Gabriel Kunst

Dr. Darío Lagos

Dr. Carlos Lamela

Dr. Elena Levin

Dr. Graciela Maltagliatti

Dr. Daniel Matusevich

Dr. Verónica Mora Dubuc

Dr. Cecilia Moise

Dr. Liliana Moneta

Dr. M. Eliana Montuori

Dr. Carlos Moretti

Dr. Víctor Ocampo

Dr. Luis Ohman

Dr. Oscar Olego

Dr. Graciela Onofrio

Dr. Federico Pavlovsky

Dr. Adhelma Pereira

Dr. Ricardo Pérez Rivera

Dr. Humberto Persano

Dr. Elba Picot

Dr. Mónica Pucheu

Dr. Lía Ricón

Dr. Carlos Repetto

Dr. Jorge Rocco

Dr. Carlos Rodríguez Peña

Dr. Héctor Rubinetti

Dr. Viviana Sala

Dr. José Schliapochnik

Dr. Gabriel Schraier

Dr. Darío Saferstein

Dr. María del Carmen Salgueiro

Dr. Susana Sarubbi

Dr. Tomás Sepich D'Almeida

Dr. Débora Serebrinsky

Dr. Ernesto Serrano

Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro

Dr. Enrique Stein

Dr. Enrique Stola

Dr. Juan Cristóbal Tenconi

Dr. Elba Tornese

Prof. Dr. René Ugarte

Dr. Ana María Vaernet

Dr. Laura Valbonesi

Dr. C. Gustavo Vega

Dr. Víctor Vergara

Dr. Juan José Vilapriño

Dr. Horacio Vommaro

Dr. Norberto Yellati

Dr. Diana Zalzman

Dr. Rodolfo Zaratiegui

### Comité Científico Internacional

Dr. Julio Arboleda Florez (Canadá)

Dr. Manoel Albuquerque (Brasil)

Dr. José Arias (Paraguay)

Dr. Othon Bastos (Brasil)

Dr. Edgard Belfort (Venezuela)

Dr. Carlos Berganza (Guatemala)

Dr. Eugenio Bayardo Cancela (Uruguay)

Dr. Marco Antonio Brasil (Brasil)

Dr. Enrique Camarena Robles (México)

Dr. Oswaldo Caro (Puerto Rico)

Dr. Aitor Castillo (Perú)

Dr. Rigoberto Castro (Costa Rica)

Dr. Rodrigo Córdoba Rojas (Colombia)

Dr. Eduardo Correa (Chile)

Dr. José Miguel Fortín (San Salvador)

Dr. Jean Garrabé (Francia)

Dr. José Miguel Gómez (Rep. Dominicana)

Dr. César González Caro (Colombia)

Dr. Ricardo González Menéndez (Cuba)

Dr. Nady Guebaly (Canadá)

Dr. Miguel Jorge (Brasil)

Dr. Robert Lespinasse (Venezuela)

Dr. Marco López Butrón (México)

Dr. Juan Maass (Chile)

Dr. Gustavo Matute (Ecuador)

Dr. Romeo Lucas Medina (Guatemala)

Dr. César Mella (Rep. Dominicana)

Dr. Juan Mezzich (EE.UU.)

Dr. Luiz Salvador Miranda Sa (Brasil)

Dr. Ariel Montalbán (Uruguay)

Dr. Rafael Navarro Cuevas (Perú)

Dr. Eduardo Ordaz Ducunge (Cuba)

Dr. Freedy Pagnussat (Uruguay)

Dr. Marcel Penna (Panamá)

Dr. Marcelo de la Quintana (Bolivia)

Dr. Pedro Ruiz (EE.UU.)

Dr. Rubén Rendon Aponte (Venezuela)

Dr. Antonio Ruiz Taviel (México)

Dr. Clara Sánchez (Nicaragua)

Dr. Elard Sánchez Tejada (Perú)

Dr. Octavio Sánchez (Honduras)

Dr. Carlos Sayavedra (Panamá)

Dr. Fior Solís (Rep. Dominicana)

Dr. Horacio Taborda (Colombia)

Dr. Alejandro Uribe (Rep. Dominicana)

Dr. Ángel Valmaggia (Uruguay)

Dr. Fátima Vasconcelos (Brasil)

Dr. José Vera Gómez (Paraguay)

Dr. Mauro Villegas (Venezuela)

Dr. Felipe Vintimilla (Ecuador)

## INDICE

---

<b>Psiquiatras Argentinos</b> Dr. Lanfranco Ciampi – Dra. Analía Ravenna	<b>3</b>
<b>Editorial</b> Comité de redacción	<b>5</b>
<b>Editorial</b> Comisión directiva	<b>6</b>
<b>Violencia de género y dependencia emocional, a la luz del Cine  </b> <i>Domestic violence and emotional dependence, in the light of Cinema</i>	<b>7</b>
Dr. Hugo Carroll - Lic. Juliana Córdoba - Lic. Adriana Delego	
<b>Trayectorias en la clínica psicoanalítica de lo catastrófico.</b> <b>Dispositivos de elaboración  </b> <i>Paths through psychoanalytic clinic of catastrophic disorders. Elaboration devices</i>	<b>11</b>
Dra. María del Carmen Beltrán - Lic. M. Alejandra Bó de Besozzi	
<b>Entrevista: Entrevista: Dr. Carlos Solomonoff  </b> <i>Interview: Dr. Carlos Solomonoff</i>	<b>17</b>
<b>Patologías resistentes y factor humano  </b> <i>Resistant pathologies and the human factor</i>	<b>23</b>
Dr. Daniel Izrailit	
<b>Trastorno Dismórfico Corporal en poblaciones de riesgo  </b> <i>Body Dysmorphic Disorder in population at risk</i>	<b>25</b>
Dra. Tania Borda, Dra. Fugen Neziroglu, Dr. Ricardo Pérez Rivera	
<b>Bibliografía Recomendada: Psicoterapia de grupos</b>	<b>29</b>
Dra. Guillermina Berkunsky Idiart	

---

El material publicado en la revista Sinopsis representa la opinión de sus autores y no refleja indispensablemente la opinión de la Dirección o de la Editorial de esta revista. La revista Sinopsis es propiedad de APSA.

**Foto de tapa: Puente de la mujer - Santiago Calatrava - Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

Diseño y armado de la revista Sinopsis

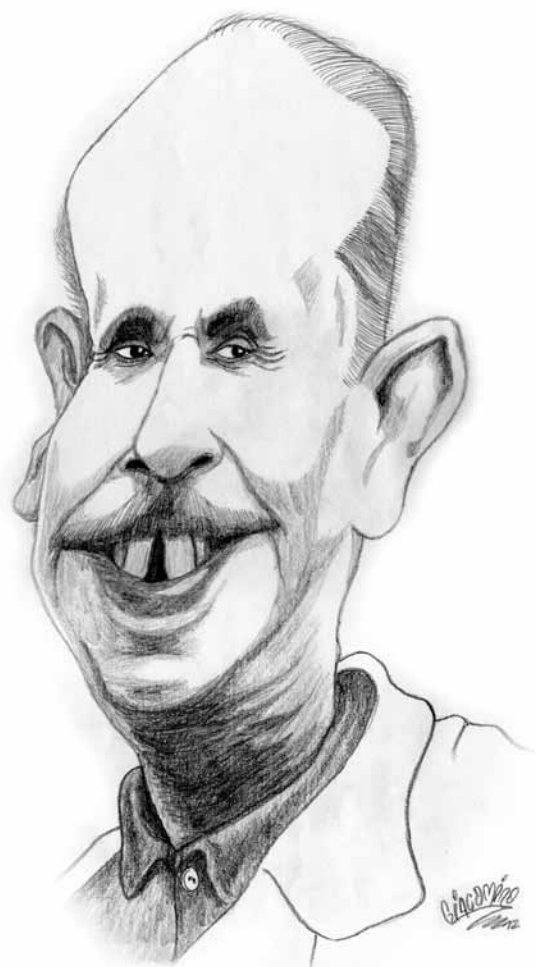
Q+D Diseño - (011) 20.55.97.93 - mdpdiez@gmail.com - virginia.quiles@gmail.com

Caricaturas: Mauricio Giacomino - maurigiacomino@yahoo.com

---

# Psiquiatras Argentinos

---



---

## **Dr. Lanfranco Ciampi (1885-1962)**

El psiquiatra ítalo - argentino Lanfranco Ciampi, nació en San Vito in Monte el 21 de febrero de 1885. Fue director del Hospital Psiquiátrico de Rosario y profesor de Psicopatología Infantil y Psicología Experimental en la Facultad de Medicina de la misma ciudad. Junto a Gonzalo Bosch organizaron el Comité Regional de la Liga Argentina de Higiene Mental en 1930. Ha sido pionero en el desarrollo de la Psiquiatría Infantil. Se especializó en Italia en la labor con niños con deficiencias, trabajó -entre 1905 y 1919- en el Instituto Médico-Pedagógico de Roma, bajo la dirección del célebre alienista Sante De Sanctis (quien, siguiendo las enseñanzas de Emil Kraepelin, describió un cuadro de psicosis infantil que designó con el nombre de Demencia Precocísima). Ciampi llegó a ser vicedirector de este instituto.

Debido a su prestigio en la especialidad fue convocado para instalarse en Rosario por el Dr. Antonio Agudo Ávila, en ese entonces Delegado Organizador de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral -proyecto que concretó en abril de 1920-. Le confió la dirección de la primera Cátedra de Psiquiatría Infantil, siguiendo la corriente neuropsiquiátrica de su maestro romano. Esta cátedra, creada en 1922, ha sido reconocida en todo el mundo como la primera cátedra oficial de Psiquiatría Infantil dentro de la organización de un programa de estudios universitarios.

En 1928 creó en Rosario una Escuela de niños retardados, neuropáticos y psicopáticos. La función del establecimiento era: “corregir los trastornos del lenguaje (ortofonía) y las desviaciones del carácter” En ella se impartía la enseñanza elemental con procedimientos especiales y se buscaba reeducar para la “utilización social a esos niños aminorados en sus funciones intelectuales, mediante el trabajo manual educativo y pre-profesional”. La enseñanza incluía talleres de encuadernación, costura y de

---

confección de escobas, cepillos, alfombras y de artículos de mimbre. A dicha escuela acudían tanto los niños internados como los ambulatorios, y se impartían cursos para maestras diferenciales. Allí conoció a su esposa, quien se había formado en Italia con la Profesora María Montessori, cuyo método ambos aplicaron en Rosario.

En 1930, junto al Dr. Gonzalo Bosch, elaboró una nosografía psiquiátrica en la que estableció cinco grupos de enfermedades o afecciones que tomaron como base el grado de autonomía psíquica del enfermo, razón por la cual ese ordenamiento de la patología adquirió suma importancia médico legal, además de su implicancia clínica. En esa década Ciampi también organizó y dirigió, en Buenos Aires, el Instituto Neuropsiquiátrico para niños Cecilia María Estrada de Cano.

Además de la ya mencionada Clasificación de las enfermedades mentales, dejó otros trabajos señeros en los que hizo gala de una gran erudición y actualidad respecto del pensamiento clínico, sanitario y docente de la psiquiatría de la época, tales como: La asistencia de los enfermos mentales según los criterios reformadores modernos; Contribución a la psicopatología sexual infantil; La organización de la enseñanza psiquiátrica en la Facultad de Medicina de Rosario; El examen del enfermo mental; La creación de un Comité de Higiene Mental en la Provincia de Santa Fe y Desarrollo y actividades del Instituto de Psiquiatría de Rosario desde octubre de 1927 hasta 1934.

Lanfranco Ciampi falleció en Buenos Aires, donde pasó los últimos años de su vida, en 1962.

## Comité de Redacción

Los miembros del Comité Editorial de Sinopsis tenemos el agrado de presentarles este nuevo número con el que clausuramos un año colmado de actividades entre las que se han destacado nuestro XXVII Congreso Argentino de Psiquiatría y el reciente XXVII Congreso APAL 2012.

En esta oportunidad hemos publicado tres artículos que, en conjunto, resaltan por el nivel de creatividad que ofrecen. Desde las ineludibles perspectivas sobre las intervenciones en catástrofes, el desafío que nos presentan las patologías resistentes y el cine como una herramienta disparadora de alternativas que impregnan aspectos de nuestra práctica clínica.

Resulta una atractiva invitación, compartir el recorrido por nuestra “Bibliografía recomendada” sobre psicoterapia de grupo.

También resulta muy emotivo detenerse en la conferencia del Dr. Carlos Solomoff. Este destacado psiquiatra nos transmite con honda elocuencia las zozobras y angustias que tuvieron que padecer nuestros colegas en los terribles años de la última dictadura en nuestro país.

Por último, queremos recordarles que, en el próximo Congreso -Mar del Plata 2013-, haremos entrega del primer Premio Sinopsis al mejor trabajo publicado en el año 2012.

## Mensaje del Presidente de APSA: Dr. Alfredo Cía

Estamos llegando a fin de un año muy auspicioso para APSA. En abril retomamos la celebración anual de nuestros congresos en Mar del Plata, un ritual largamente esperado, con el XXVII Congreso Argentino de Psiquiatría, luego del receso obligado de 2011 con motivo de la coorganización del XV Congreso Mundial de Psiquiatría 2011 (WPA) en Buenos Aires.

Luego de un bienio de ausencia, el XXVII Congreso de APSA resultó un rotundo éxito, habiendo alcanzado un récord de participantes, que superaron los 5100 y con un elevado nivel científico en la presentación de trabajos que reflejaron distintas perspectivas y tendencias, y lo multidimensional de la especialidad.

En noviembre celebramos además, en Buenos Aires el XXVII Congreso de APAL, con la participación de 700 profesionales extranjeros, los que junto a los 1800 inscriptos de nuestro país, totalizaron 2500 acreditados, una cifra que superó todas nuestras expectativas, en estos tiempos de crisis financiera global. Estamos en condiciones de afirmar que el lema propuesto para el evento de APAL: “Unidad en la diversidad” pudo concretarse plenamente. La programación se llevó a cabo en un clima de armonía y cordialidad, en 12 salones simultáneos a lo largo de cuatro días, con más de mil presentadores.

Recibimos numerosos comentarios favorables acerca de la eficiencia en el servicio de registración, la puntualidad en el cumplimiento de los horarios de presentaciones científicas y la diversidad temática del programa, que dio lugar a todas las preferencias e intentó rescatar lo integrativo de nuestra profesión. Otra vez, tras un gran esfuerzo, pudimos cumplir y aún superar los objetivos y metas propuestas.

Hubo gratos momentos para el encuentro, el intercambio y la actividad social y alguna oportunidad para disfrutar los atractivos de Buenos Aires.

Cabe destacar la concurrencia a algunos cursos que reunieron 400 participantes y la realización del Primer Encuentro Latinoamericano de Residentes y Psiquiatras en Formación, celebrado el jueves 15, que contó con la presencia de representantes de

la mayoría de los países integrantes de APAL, invitados especialmente a esta reunión por APSA y que fueron además becados al Congreso. Los jóvenes profesionales latinoamericanos plantearon sus necesidades, expectativas y proyectos compartidos, sentando las bases para futuros intercambios y actividades comunes.

La Asamblea General, celebrada el día 18, contó con la presencia de representantes de todas las sociedades y asociaciones nacionales titulares que integran APAL como entidad federativa. En la misma quedó integrado el nuevo Comité Ejecutivo de APAL para el período 2012-2014 con las siguientes autoridades:

Presidente: Alfredo H. Cía (Argentina)

Vicepresidente (Presidente electo 2014-2016): Rodrigo Córdoba Rojas (Colombia)

Secretario General: Juan Carlos Stagnaro (Argentina)

Secretaria Ejecutiva: Fátima Vasconcellos (Brasil)

Tesorero: Darío Lagos (Argentina)

Coordinadora General de Secciones: Graciela Onofrio (Argentina)

Secretario Regional México, Centroamérica y Caribe: José Miguel Gómez (República Dominicana)

Secretario Regional Países Bolivarianos: Aitor Castillo (Perú)

Secretario Regional del Cono Sur: Freedy Pagnussat (Uruguay)

En la Asamblea General quedó además aprobado por 20 votos contra 1 el nuevo Manual de Procedimientos para las Secciones Científicas de APAL, que permitirá la selección periódica de sus directivos exclusivamente en base a sus antecedentes y méritos académicos en el área temática respectiva a concursar.

En otro orden, también creemos necesario destacar que esta CD de APSA continuó avanzando. Bajo la dirección del Prof. Manuel Suárez Richards en el concurso de cargos docentes en el Instituto Superior de Formación de Postgrado de APSA como así también en la concreción de convenios con importantes organismos nacionales e internacionales.

Pero como sabemos, la vida no sólo ofrece gratos momentos, también están los tristes, y este año nos han dejado dos grandes maestros como la Dra. Sylvia Bermann y el Dr. Leopoldo Salvarezza como así también distinguidos socios de APSA: Dr. Arturo Smud, Dr. Roberto Cerino, Dra. Noemí Simonassi y Dr. Héctor Bertera.

Esperamos que el año entrante nos encuentre a todos trabajando como hasta ahora por el engrandecimiento de APSA, no sólo en lo científico y gremial, sino contando con nuevas instalaciones en nuestra sede social, que brindarán mayores comodidades para realizar las diversas actividades institucionales a un número creciente de interesados y participantes.

Un fraternal abrazo a todos los asociados, deseándoles lo mejor para el 2013, en lo personal y profesional.

**Dr. Alfredo Cía**  
**Presidente de APSA**  
**Presidente de APAL**

# Violencia de género y dependencia emocional, a la luz del Cine | *Domestic violence and emotional dependence, in the light of Cinema*

## Resumen

El presente artículo intenta introducir al lector a la posibilidad de un abordaje complejo de la práctica clínica. Parte de la necesaria articulación entre Cine y Salud Mental para construir una mirada diferente que pretende el abordaje tanto de las estructuras conceptuales sobre Psicopatología, como de la complejidad en juego, a la vez que elige al Cine como forma poderosa de recreación empática.

La aproximación vivencial que permite el Cine ha sido descrita por diversos pensadores Cabrera (1999), Badiou (2004), Žizek, Metz (1979), entre otros. Como su maestro Gilles Deleuze; Alain Badiou cree que el Cine construye y recrea situaciones complejas.

“Te doy mis ojos” es una película muy realista sobre la violencia de género. Este es un tema lamentablemente muy actual. La violencia configura el signo de los tiempos y su creciente incidencia, tanto en el plano social como en el familiar e individual, requiere un abordaje desde distintos campos del conocimiento.

Entendemos que sólo junto al análisis y al debate interdisciplinar, podrán consolidarse acciones preventivas y asistenciales eficaces, tanto para las mujeres como para los varones.

El Cine como articulador interdisciplinario, nos permite re-pensar nuestro rol profesional, en este proceso. “Te doy mis ojos”, fue trabajada en el Curso Cine Salud Mental y Educación de APSA en 2011.

**Palabras clave:** Cine - Salud Mental - violencia de género - dependencia emocional - sufrimiento psíquico - intervenciones posibles -

## Abstract

*This article tries to introduce the reader into the possibility of a complex approach in mental health clinical practice. It comes from a necessary articulation between movies and mental health to build up a new look into psychopathological theoretical structures and on the complexity of themselves, all of this choosing movies as a powerful way of “empathetic re-creation”. The base-experienced situation that cinema enables, has been described by several authors: Cabrera (1999), Badiou (2004), Žizek, Metz (1979). Alain Badiou thinks, as his master Gilles Deleuze does, that movies build and recreate complex situations.*

*“Te doy mis ojos” is a very realistic movie about gender violence. This is sadly a present issue.*

*Violence gives shape to one of the most usually present marks in these days, its increasing presence on social, familiar and individual settings, requires many approaches from different knowledge fields.*

*We understand that only with interdisciplinary analysis and debates, preventive and assistance policies for women and men could be efficiently consolidated.*

**Key words:** Movies - Mental Health - gender violence - emotional dependence - mental suffering - possible professional interventions-

## Autores

**Dr. Hugo Carroll** - Médico Psiquiatra. Psicoterapeuta. Docente titular Clínica Psiquiátrica. APSA. Director del Curso de Cine, Salud Mental y Educación. APSA. [hugocarroll@fibertel.com.ar](mailto:hugocarroll@fibertel.com.ar)

**Lic. Juliana Córdoba** - Licenciada en Psicología. Capacitadora. Coordinadora del Curso de Cine, Salud Mental y Educación. APSA. [julicordoba@gmail.com](mailto:julicordoba@gmail.com)

**Lic. Adriana Delego** - Licenciada en Psicopedagogía. Especialista en Evaluación Psicológica y Neuropsicológica. Coordinadora del Curso de Cine, Salud Mental y Educación. APSA. [aedelego@yahoo.com.ar](mailto:aedelego@yahoo.com.ar)

Dentro de los tipos de violencia que se desarrollan a partir de las interacciones sociales, existe uno que ha alcanzado gran notoriedad mediática en la última década dado sus alcances en la intimidad propia del núcleo básico de la sociedad y sus devastadoras consecuencias: “la violencia intrafamiliar”. Este tipo de violencia, ha sido objeto de investigaciones, ha dado lugar a manifestaciones jurídicas en todo el mundo y se ha buscado de igual modo, tanto su penalización, como la rehabilitación de los victimarios. Pero por otro lado, se presta fácilmente al didactismo fácil, al morbo.

Destacamos el papel del cine como nuevo escenario, favorecedor de la comprensión. En la teoría de Badiou, el cine es un arte de masas porque es un arte de la imagen y esta puede fascinar a todo el mundo. Se trata de comprender la fascinación del cine desde la fascinación por la imagen. El cine es la perfección del arte de la identificación como ningún otro arte. Y es un arte de masas por esto. En el fondo tiene una capacidad infinita de identificación.

En sus términos, el cine permite que se comprenda inmediatamente que las películas hablan de la humanidad, de manera profunda y decisiva. Lo que se llamaría la humanidad genérica, más allá de las diferencias.

Para Badiou, (2003) la filosofía se propone construir un “lugar de pensamiento, donde los diferentes tipos subjetivos, dados en las verdades singulares de su tiempo, coexistan”<sup>(1)</sup>. Esta aproximación a la singularidad en situación se encuentra facilitada por el cine.

“Te doy mis ojos”, es un drama, filmada en España en 2003 por Iciar Bollain. La directora entrega una película medida, equilibrada, con matices. Consigue una visión poliédrica del problema, que procura no demonizar a nadie. Es una historia verosímil, que puede ocurrir y que ocurre.

La tarea es acercarnos al entramado subjetivo de la pareja donde emerge la escena violenta. No sólo a la víctima, sino también al maltratador para “comprender su cerrazón, la forma en que la violencia se convierte en el único lenguaje a su alcance, sin justificar su comportamiento.” (Torreiro 2003)<sup>(14)</sup>

La violencia configura el signo de los tiempos y su creciente incidencia, tanto en el plano social como en el familiar e individual, requiere un abordaje desde distintos campos del conocimiento.

En una apuesta a no simplificar, alcanzando así la complejidad propia de las relaciones humanas, se aborda la temática del sufrimiento en personalidades perturbadas, para presentar los trastornos de la personalidad presentes, por esto resulta interesante su tratamiento.

La directora, Iciar Bollain, antes de iniciar la propuesta argumental, junto a Alicia Luna, su guionista, se interpela por sobre el tema de la violencia en la pareja. Su interés, se plantea en forma de pregunta abierta a las mujeres: ¿Por qué una mujer aguanta una media de diez años junto a un hombre que la golpea? ¿Por qué no se va? ¿Por qué no sólo no se va, sino que incluso algunas aseguran seguir enamoradas? Bollain, infiere que una de las razones primordiales es que “muchas mujeres mantienen la esperanza de que su maltratador cambie...” y que entonces se dio cuenta de lo poco que se sabía acerca del perfil del maltratador. (Bollain 2003)<sup>(3)</sup>



Nos permitimos aquí una reflexión que articula con el mito: cuando Prometeo osó robar el fuego de los dioses para entregarlo a los hombres, Zeus montó en cólera y ordenó la creación de una mujer bellísima: Pandora. Divinidad que llevaba con ella una ánfora llena de obsequios. Según el mito, el cántaro contenía todos los males que aquejan a la humanidad. Precavido, Prometeo no lo abrió; pero si lo hizo su hermano. Así al ver que de la ánfora escapaban la desdicha, el desamor, el sufrimiento, se abalanzó sobre ella, cerrándola; dentro quedó la esperanza. De esto se deduce que para los griegos, la esperanza era un castigo más.

El film sugiere que “sostener la esperanza” demasiado tiempo quizá no sea un castigo pero sí un impedimento que intenta disimular una realidad dolorosa, dificulta el trabajo de duelo y obstaculiza el cambio. Como antecedente a esta película, se rodó, “Amores que matan”, para ello se recurrió a una terapia de grupo entre maltratadores. Posteriormente, se añadió el punto de vista de la mujer, para concretar la trama argumental de “*Te doy mis ojos*”.

El contexto de una sociedad y una ciudad como Toledo, añaden con su esplendor artístico, su peso histórico y religioso una dimensión más a esta historia de amor, de miedo, de control y de poder. (Bollán, I; Luna, A. 2003)<sup>(4)</sup>

A modo de sinopsis argumental: De madrugada, víctima de los maltratos conyugales de Antonio, Pilar huye de su casa -situada en un barrio periférico de Toledo- con Juan, su hijo de ocho años. En su partida desesperada se va “en chinelas”, con lo mínimo. Busca refugio en casa de Ana, su hermana, una restauradora de arte que lleva una vida armoniosa e independiente al lado de su novio escocés, ambos residen de la parte vieja e histórica de Toledo.

Alojada por Ana, Pilar empieza a trabajar como cajera de visitas turísticas en la antigua iglesia de Santo Tomé de Toledo -hoy museo- en donde se albergan pinturas y frescos de importantes pintores, entre ellos de El Greco. Ana también trabaja allí. El encuentro de Pilar con las pinturas de figuras humanas parece fascinarla y conmoverla. El recorrido por cuadros con imágenes de “hombres” de la iglesia culmina y se detiene en La Dolorosa del Divino Morales. Este representa a la Virgen María, de medio cuerpo. Su mirada melancólica irradia congoja y dolor. Por otro lado, resulta interesante el estilo pictórico de este cuadro, el manierismo. El mismo se destaca por distorsionar las partes del cuerpo, dando lugar a formas o posturas que no serían posibles o lo serían sólo con gran dolor. Pilar ha quedado conmovida ante su propia imagen.

A partir de su trabajo comienza a relacionarse con otras mujeres. Antonio, su marido, emprende su búsqueda y recuperación, le promete cambiar y busca ayuda en un grupo de apoyo a hombres maltratadores, coordinado por un psicólogo.

Pilar recibe constantemente regalos de Antonio y de nuevo, cae en sus brazos enamorada. Le da otra oportunidad a su marido, y regresa a su casa, con la oposición de su hermana, quien no entiende su actitud. Sin embargo, el amor que demuestra Antonio, durante su separación, “casi un nuevo noviazgo”, pronto acaba. Él sigue sin controlar su ira y descargándola sobre ella. Ella quiere trabajar y probar suerte en otros lugares, pero él lo califica de tonterías y piensa que ella quiere ir a trabajar para relacionarse con hombres. Pese a los esfuerzos de Antonio y de su terapeuta, su personalidad violenta, desconfianza crónica e inseguridad, lo pueden y acaba desnudando y humillando públicamente en un balcón a su mujer.

Asombrosamente, hay amor en los personajes. Amor equivocado, turbio, contaminado por los complejos, por la ira, por la sumisión. El desenlace nos muestra la partida de Pilar, que acompañada por sus compañeras de trabajo, recoge sus cosas del domicilio para emprender una nueva vida, mientras Antonio la mira pensativo. “*Tengo que verme, no sé quién soy... hace demasiado tiempo que no me veo*” dice Pilar a su hermana y la abraza. Pilar y Antonio ya no estarán juntos<sup>(5)</sup>.

### **Pilar: de la mujer ancestral a la mujer transgresora**

Una pareja y un pacto en sus orígenes: ella le regala su nariz, sus orejas y finalmente sus ojos; él sus manos. Cuerpos sin marco, devenidos a fragmentos. Pilar, Antonio, dos historias. Mil historias. Pilar se encuentra atrapada en las coordenadas subjetivas que dan cuenta de la dependencia. Mandatos generacionales, contexto, un pasado que determina el entrecruzamiento fantasmático, que la lleva a soportar la violencia de Antonio.

Ana encuentra los informes médicos: pérdida de la visión de un ojo, desplazamiento de riñón, fracturas. Están allí, en un cajón entre ropas, mientras Ana observa los informes del maltrato, detrás está la imagen congelada del retrato feliz de la pareja. Ana devela y le cuestiona “¿por qué aguantas esto?” Más que amor, lo que vemos es dependencia mutua y, sobre todo, deseos de amor.

Ana va a casarse, con un hombre escocés, amable, afectuoso. La madre de ambas quiere que se case por iglesia y use el mismo vestido que Pilar. Según ella “*son vestidos que no pasan de moda*”. Ana lo rechaza, oponiéndose así a portar un mandato que viene de su madre. La madre que le dice a Pilar “*deberías estar con Antonio*”. Ana cuestiona la palabra de su madre “*una mierda, debería denunciarlo*”. Incluso así la madre sentencia: “*una mujer nunca está mejor sola*”. Ana aparece como posibilidad de cuestionar lo ya instituido, representa la diferencia y la posibilidad de cuestionar la palabra materna. Pilar aún no está preparada para esto.

El papel de las nuevas amigas de Pilar es fundamental, las observa y escucha, como parte de un mundo diferente. Mujeres independientes, entusiastas, vitales. Mujeres deseantes. Son presentadas con unas pinceladas algo simplistas, como prototipo de independencia bien llevada. Pilar se encuentra con ellas por fuera del trabajo y comienza a pertenecer a este grupo en el cual todas portan el mismo vestido-uniforme. Vestido muy diferente del articulado por su madre. ¿Quizá ella puede mirarse ahora de manera diferente?

Alentada por sus compañeras de trabajo Pilar comienza un curso de mitología pictórica. Desea desentrañar el relato mitológico que representan algunos cuadros, ejercicio que desentraña a la vez el mito familiar. Frente a un auditorio, Pilar, bella y vital, relata cómo Dánae, hija de Acriso, rey de Argos, fue encerrada por su padre, pese a ello pudo salir y llevar cabo sus deseos. Quiso encerrarla pero, tal como dice Pilar: “*No lo consiguió y está aquí a la vista de todos*”. Le ofrecen un trabajo en Madrid como guía de exposición de arte. La mirada de Pilar está en apertura. Antonio desespera, le es absolutamente intolerable que mire más allá de él. Necesita que el pacto se perpetúe, que Pilar cumpla la promesa, sin metáfora posible, que le dé sus ojos.

Un cementerio. Un diálogo entre una madre y una hija, frente a la tumba del padre. Madre - “*Sabes lo que no me perdono, hija, haber dejado que tu padre me impidiera viajar a ver a mi hermano enfermo, luego murió, le quería mucho, dejé que nos separase*”. Pilar escucha, Pilar interviene. “*¿Es sólo eso lo que no te perdonas? ¿Te gustaba tu vida de mártir, con un tipo que te amargaba la vida? ¿Que todo el mundo se compadeciera de lo mucho que aguantabas? Si aguantabas era por ti*”. Su madre, por primera vez acepta su carencia y reconoce, barrándose: “*No supe hacerlo mejor. Inténtalo tú*”.

El rey de Argos puede caer: La frase de su madre resignifica y apuntala el encuentro identificatorio posible con una otra feminidad en el grupo de amigas y el lugar de Ana como representante de lo exogámico, la diferencia, la ley, la castración materna. En síntesis, la función paterna<sup>(9)</sup>.

Frente al maltrato, hay un elemento de ilusión que tiene como función paliar otro dolor que es vivido como catastrófico, muchas veces asociado al sentimiento de inconsistencia del propio yo. La identidad femenina está constituida socialmente sobre normas culturales, tradiciones normativas, mandatos ancestrales que mu-

chas veces tienen el valor de verdades consagradas universalmente. Acomodarse a ese modelo equivale a cierta ilusión de seguridad, se trata de escenas ficticias en las que las mujeres quedan cristalizadas en el tiempo. Se evidencia la internalización de los roles de género instaurados por la ideología patriarcal, en el que la mujer constituye el “pilar” de la familia y la sociedad.

Al referirnos a la mujer ancestral y a su par antinómico, la mujer transgresora, lo hacemos como aspectos constitutivos de la personalidad femenina -siguiendo el planteo de Liliana Mizrahi, acerca del cambio y de la ambivalencia- esto es, nombrándolos en forma disociada, sólo para facilitar su comprensión. Estos procesos suelen estar disociados y escindidos. El crecimiento de la mujer consiste, entre otras cosas, en aprender a establecer un diálogo tal consigo misma que permita integrar estas facetas antagónicas de su propia personalidad.

La mujer ancestral está detenida en el tiempo. Su identidad ha quedado cristalizada. Es alguien que está ya definida, destinada, desde antes de nacer. No necesita forjar su ser sino fortalecerlo, ratificarlo. Intenta desarrollarse en un molde gestado previamente.

La mujer transgresora es el resultado de la ancestral en crisis. Se ha arrancado la mordaza y denuncia lo que la ancestral no se atreve a decir. La transgresora denuncia, la ancestral encubre. La transgresora pone en crisis valores consagrados que la ayudan a vivir; la ancestral suscribe pactos perversos al servicio de que todo siga como está<sup>(12)</sup>. La ancestral teme, vive con miedo, se detiene. La transgresora se atreve y avanza. La ancestral es una mujer que ya es. La transgresora es mujer que trata de ser.

Tratar de ser es una forma de ser que incluye el devenir como parte integradora del crecimiento. El proceso creador no implica extirpar su sometimiento al prejuicio ancestral, sino trabajar para reubicarlo.

### **Antonio: perturbación y sufrimiento**

Antonio es el mayor de dos hermanos. Ambos trabajan en la tienda de electrodomésticos de su padre. A pesar del evidente disgusto que siente estando allí, parece no poder tomar distancia y hacer algo por fuera de lo familiar. Recortamos un diálogo entre Antonio y su hijo Juan, donde Antonio, pide detalles al pequeño sobre qué hace su madre, se repiten estas preguntas varias veces y cada vez con más lenguaje analógico de violencia: dando golpes fuertes a la pelota y levantando la voz. Esta escena refleja el conflicto de lealtades en el cual es ubicado el niño.

Observamos la dificultad por la que atraviesan los hijos de parejas disfuncionales en las que se triangula fácilmente con los hijos, y se los obliga de una manera u otra a tomar partido por uno de ellos, aunque esto implique “traicionar” al otro. Retrata también la manera en que son utilizados para mantener el juego de la pareja, rompiéndose los límites entre los subsistemas conyugal y parental. Además, indirectamente, Antonio con sus preguntas insistentes hacia Juan, lo coloca en una posición de vigilancia frente a su madre, lo que se podría catalogar como un atentado a la jerarquía funcional que debe haber en un hogar, donde son los padres quienes deben mantener el control sobre los hijos y no ellos sobre los padres.

Antonio está en el comercio familiar para sostener algo. Cuando se siente humillado, maltratado por su hermano y, en general, por su familia, para aplacar su frustración, reacciona contra su mujer y su hijo. Aunque luego dice arrepentirse, en el momento no puede controlarse.

Antonio decide comenzar una terapia. El “grupo de los hombres” aparece opuesto y no complementario al de las mujeres en la trama. Alexitímicos, golpeadores, prisioneros de mandatos. El psicólogo, si bien usa técnicas cognitivas, apunta a que surja la palabra. “¡Mírame, Pilar!! Que me mires te digo!!”, es el grito de Antonio

¿violento o desesperado?

Cada vez que pelean, después de los actos de violencia, Antonio le regala a Pilar algo material, en espera de que ella rompa pronto el silencio y vuelva la relación a lo normal. El regalo, se convierte en una forma de control y de poder sobre ella, al colocarla en una posición en que le es difícil decir “no te perdono”. Los aros van acompañados de una “dedicatoria” que dice “voy al psicólogo, ¿cuándo vuelves a casa?

Que Pilar trabaje, esté fuera de la casa, no conteste el celular, es decir, coloque su mirada más allá de él, es vivido como algo violento que desencadena una escena especular. Su miedo: “*que no se acuerde de mí, me abandone y deje solo*”. Detrás de ese hombre que golpea se vislumbra la angustia.

Ella propone instalarse en Madrid, comenzar “una nueva vida juntos”, un trabajo en el que él se sienta a gusto. Ella confía en su capacidad y lo invita a producir diferencias que rompan con algo de lo familiar. El deseo de Pilar lo confronta a su impotencia. La violencia que se desatará nos habla de ella.

Es posible pensar la violencia como una manifestación sintomática, como aquello que se “dispara” cuando la frustración y el odio concomitante son intolerables para el sujeto.

### **¿Qué intervención es posible?**

Pensar la violencia de género nos remite a otros términos como crueldad, agresividad, destructividad, maldad, criminalidad, aunque ninguno por sí mismo alcanza para definirla.

En nuestro país se llevan a cabo acciones para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Hacemos referencia a la Ley Nacional 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar<sup>(10)</sup>, cuyos fundamentos se engarzan con la reflexión por sobre nuestra práctica: En 1993, en el IX Congreso Mundial de Psiquiatría, se expusieron programas de Salud Mental que intentaban contrarrestar la acción deletérea que se puede ejercer por medio de la violencia, a la mujer, el niño, el anciano y el adulto; violencia que toma el diagnóstico de “abuso emocional y social”.<sup>(13)</sup> En 1994, el DSM-IV-R, con sus antecedentes el DSM-III-R, en sus ítems 995.2 y ejes V61.1-61-2 y 61.21 insiste sobre los puntos definidos como violencia intrafamiliar, social y abuso emocional y sexual del niño<sup>(8)</sup>. Desarrollos posteriores como la Ley Nacional 26.485<sup>(11)</sup> que hace foco en la protección integral de la mujer en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales, nos invitan al desafío para el diagnóstico de la perturbación del vínculo generador de violencia en el seno de la familia.

La violencia de género vulnera los Derechos Humanos, de hecho el Artículo N° 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos reza: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.”<sup>(7)</sup>

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, aporta su perspectiva bioética en defensa de la vulnerabilidad humana, porque la película denuncia, a nuestro criterio, un Universal: El maltrato a los más débiles es compartido por muchas culturas. Independientemente de los esfuerzos por erradicar estas conductas, las mismas se siguen naturalizando en un contexto social que favorece el maltrato a las mujeres. Elegimos mencionar la relación entre justicia, efecto de justicia, sujeto y legalidad en el universo de ficción; ya que el cine denuncia con su gran variedad de justicieros solitarios, un déficit de la polis.

La película permite ver cómo las relaciones de poder de género son legitimadas socialmente. La figura de la madre nos habla de esto. Según parece, ella también vivió una situación de maltrato, pero en lugar de denunciarla, evita ver lo que le sucede a su hija, quitándole importancia al problema y haciendo como si fuera algo normal. Por ello su posición es buscar la reconciliación entre Pilar y Antonio.

¿Hay razones de las mujeres víctimas de la violencia de género para continuar con sus parejas? Si bien la dependencia económica es una razón, no parece que explique totalmente los motivos, la dependencia emocional aparece anclada en la identificación a mandatos atávicos. Además, Pilar no sólo siente miedo de Antonio, sino que también lo quiere y sueña con un cambio, hasta que llega un momento en que las cosas alcanzan un punto, en que ella se da cuenta que él "lo ha roto todo", sobre todo su relación de amor.

La pregunta desde el analista es ¿Podemos considerar al maltratador un enfermo? Es difícil saber dónde está el punto que lo separa. ¿Hasta qué punto el hombre es la víctima?

La película aborda un tema controvertido y complicado: la capacidad de recuperación de los maltratadores a partir de terapias específicas. A pesar de que los índices de éxito de estos programas son reducidos, su presentación en la película, aún a riesgo de que algunas de las escenas de las sesiones queden como situaciones cómicas, presenta un discurso claramente machista, que parece muy difícil cambiar ante actitudes tan arraigadas y, a la vez, legitimadas socialmente dentro del patriarcado de acuerdo con un cierto modelo de masculinidad. El tema queda como un interrogante ¿qué puede hacerse con los maltratadores?

Antonio quiere cambiar, pero no puede. Va al psicólogo para intentar ser mejor. Aquí muchos podrían verle como la víctima de sí mismo, pero, ¿Debe la mujer poner en riesgo su vida por esto? ¿Cómo ayudar en casos así y cuándo? Sin justificar ni disculpar, la película plantea que Antonio también es, en cierta medida, víctima de sí mismo y de la construcción tradicional de lo que "debería" ser un hombre.

La identidad masculina es una permanente construcción a lo largo de la vida; muchas veces renegando de aquellos elementos constitutivos de la profemeneidad y reaccionando ante ella.

Si tomamos en cuenta que lo que se reprime, no desaparece, estos aspectos permanecen allí, estos aspectos deberían estar mejor que "excluidos", incluidos. En la actualidad conviven distintos modelos de masculinidad, provenientes de distintos momentos históricos y culturales. Los antiguos no han sido descartados y aún hoy son perpetuados por la familia y la sociedad. Las nuevas concepciones del hombre no terminan de cristalizarse.

El género no es un derivado del sexo anatómico, sino una construcción cultural, por lo tanto los hombres se encuentran abocados a confirmarlo todo el tiempo y ajustarse a ser "todo un hombre" La materialización de esta construcción se define por oposición a lo femenino. Así, la identidad masculina se basa en dos procesos

simultáneos, el hiperdesarrollo del Yo exterior y la represión de la esfera emocional (autocontrol del dolor, tristeza, miedos, placer). El varón establece una relación con el mundo fundada en una conducta afectiva y sexual restringida, con actitudes basadas en modelos de control, poder y competencia y dificultades para el cuidado de su salud. Asimismo la identidad masculina necesita de un refuerzo constante y el apoyo regular de otras presencias masculinas. Se pertenece al mundo de los hombres, si se logra diferenciarse de lo femenino materno.

En contraste con el modelo de masculinidad machista reflejada en el mundo de Antonio y de los otros hombres que asisten a la terapia, el film muestra otros modos de ser hombre. En este sentido, vale la pena subrayar que una de las estrategias fundamentales de prevención de la violencia contra las mujeres es promover otros modelos de masculinidad alternativos al tradicional dominante, articulando diversas formas de entender la masculinidad<sup>(2)</sup>.

Interrogarnos sobre la violencia de género es abordar una particular expresión de la violencia, lejos de acercamientos simplistas que reducen la complejidad del tema, generando interrogantes más que certezas. El planteo es una apertura más que un cierre ¿Por qué la violencia?

Proponemos un diálogo: ¿Es posible que una persona pueda cambiar? ¿Todos o solamente algunos? ¿Puede cambiar alguien cuando nadie espera que cambie?

En la mirada de los programas de asistencia específica se plantea que la violencia de género es el resultado de un proceso gradual e instalado en el tiempo, de la misma forma, la recuperación es también un proceso lento y difícil en el que es necesario el apoyo específico. (Dohmen. 2009)<sup>(6)</sup>

Esta es la escena final. Parece que en ella se cuenta la historia de un fracaso, la historia de un hombre olvidado. Lo que el trabajo quiere acercar es el día después, el futuro que nos queda, la dignidad que se perdió, después del golpe. Esperamos que sea un aporte más, para reflexionar sobre un problema que necesita del esfuerzo de todos.

Mientras tanto, seguiremos azorados escuchando estas historias y "escapando en zapatillas", guardando nuestros recuerdos en una pequeña valija y cerrando la puerta a una vida de esperanza, de respeto y de igualdad.

Apuntamos a una lectura del mito, diferente: "Desde entonces, aunque los males nos acechen, la esperanza nunca nos abandona por entero."

## Referencias bibliográficas

- 1- Badiou, A. - El cine como experimentación filosófica. En pensar el cine. Gomal, G. Buenos Aires. Ediciones Manantial. 2003.
- 2- Badinter, E. - La asistencia a victimarios. Carrera de especialización Violencia Familiar UBA. Ficha de Cátedra. 1993.
- 3- Bollaín, I. - "Como se hizo Te doy mis ojos". En La Butaca. España. 2003.
- 4- Bollaín, I. - Luna, A. Te doy mis ojos. Trailler original. Videomax.
- 5- Cine análisis. Te doy mis ojos. Edualter.org.es.
- 6- Dohmen, M. - Violencia conyugal. Carrera de Postgrado en Violencia Familiar. UBA. Ficha de Cátedra. 2009.
- 7- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Disponible en <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- 8- DSM-IV, Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association; Washington DC, 8.94, págs. 681-684.
- 9- Gómez, G. - Pareja y pactos de origen. Cine y psicoanálisis. El Sigma.
- 10- Ley Nacional 24. 417 de Protección contra la violencia familiar. (2004) Contenido completo disponible en [www.infoleg.gov.ar](http://www.infoleg.gov.ar)
- 11- Ley Nacional 26.485 de Protección Integral a las mujeres. (2009) Contenido completo disponible en [www.infoleg.gov.ar](http://www.infoleg.gov.ar) -Agradecemos las sugerencias al respecto de la Dra. Guillermina Berkunsky y del Dr. Hugo Dramisino-.
- 12- Mizrahi, L. - La mujer transgresora. Acerca del cambio y la ambivalencia. Grupo editor latinoamericano.
- 13- Restaino, JR; Marconi, PL; Pancheri, P. - Argentina, y "Program for the care of abused and neglected children", Knijnik, LMB, Brasil.
- 14- Torreiro, M. - Crítica sobre "Te doy mis ojos." en Fotogramas. España. 2003. Disponible en [www.fotogramas.es](http://www.fotogramas.es)

# Trayectorias en la clínica psicoanalítica de lo catastrófico. Dispositivos de elaboración | *Paths through psychoanalytic clinic of catastrophic disorders. Elaboration devices*

## Resumen

El trabajo puntualiza sobre la clínica de lo catastrófico, en el dispositivo psicoanalítico individual. Clínica de la intensidad del dolor psíquico, que demanda al terapeuta de diversos dispositivos de elaboración. Se presentan dos reseñas clínicas de afectados por acontecimientos catastróficos, para iluminar las diferencias y similitudes en los respectivos tratamientos, en cuanto a las posibilidades / imposibilidades de elaboración psíquica. Se visibilizan las intervenciones del analista, señalando dificultades y posibilidades de la operatoria psicoanalítica, así como la especificidad de la función analítica, en tanto posibilitadora de procesos de elaboración psíquica.

**Palabras clave:** clínica de lo catastrófico - operatoria psicoanalítica - dispositivos de elaboración

## Abstract

*This work focuses on the individual psychoanalytical clinic of catastrophic disorders. Clinic of intense psychological pain, that demands to the analyst search of different devices for psychological elaboration.*

*Two patients affected by catastrophic events will be reviewed. To illuminate the differences and similarities in each treatment, i.e. the possibilities / impossibilities of psychological elaboration. We will make visible the analysts interventions, pointing out the difficulties and possibilities of the psychoanalytical operative. Moreover, analytical function specifies that enable psychological elaboration process, will be described.*

**Key words:** psychoanalytical clinic of catastrophic disorders - psychoanalytical operative - devices for psychological elaboration

## Dra. María del Carmen Beltrán

Especialista en Psicología Médica. Psicoanalista. Miembro adherente de APA. Miembro del Espacio de Psicopatología Pierre Marty, APA. Miembro de APSA. Profesora Titular de la Cátedra Neurosis Tóxicas y Catástrofes Colectivas, Maestría "Patologías del Desvalimiento" en Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, UCES Co-editora del libro "Intervención en Situaciones Críticas", Beker E., Beltrán, M, Bó de Besozzi A. Editorial Catálogos. [macabeltran@hotmail.com](mailto:macabeltran@hotmail.com)

## Lic. M. Alejandra Bó de Besozzi

Psicóloga. Psicoanalista. Especialista Pareja y Familia. Miembro Adherente de la AAPPG. Docente Asociada de la Cátedra Clínica Psicológica: Pareja y Familias. Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, UCES. Docente invitada en la Cátedra Neurosis Tóxicas y Catástrofes Colectivas, Maestría "Patologías del Desvalimiento", UCES. Co-editora del libro "Intervención en Situaciones Críticas", Beker E., Beltrán M., Bó de Besozzi A. Editorial Catálogos. Co-autora del libro "Del Fragmento a la Situación", Lewkowicz I., Cantarelli M. Grupo Doce. Editorial Altamira. [alejandra\\_besozzi@yahoo.com.ar](mailto:alejandra_besozzi@yahoo.com.ar)

"...Yo no soy zurcidor de traumas ni de catástrofes. Cuando el doliente que me viene a ver, que me paga con su dinero, con su tiempo y con su angustia, lo primero que le hago saber o sentir (si puedo) es que estoy dispuesto a acompañarlo... como por lo general la excursión es hasta el final, hasta los confines del alma... resulta que no es barato ni para uno ni para el otro..."

Marcelo Viñar, 2009

Puntualizaremos en esta presentación, algunas cuestiones referidas a la clínica de lo catastrófico, en particular en cuanto al dispositivo psicoanalítico de la cura individual. Clínica, que demanda al terapeuta de espacios diversos de tramitación subjetiva, dada las características de la misma.

Este escrito es el resultado de una nueva producción de trabajo entre analistas, de un "entre-dos vincular", que en tanto dispositivo de elaboración, favorece la reflexión crítica compartida sobre nuestra práctica clínica.

Nos referiremos, en esta ocasión, a aquellas consultas de pacientes con historias de vida atravesadas por acontecimientos catastróficos, cuyos efectos traumáticos no logran inscribirse, no alcanzan a elaborarse, produciendo diversas manifestaciones sintomáticas. Sujetos vulnerados en su potencialidad de tramitación subjetiva, consecuencia de conmociones y rupturas catastróficas en la cadena generacional, que inciden tanto en la constitución psíquica, en las tramas vinculares, como en los proyectos vitales.

Clínica de los excesos, de la intensidad del dolor psíquico, de afectos intolerables, marcada por la cualidad del profundo sufrimiento psíquico de estos pacientes, lo que más de las veces, afecta el lugar y la persona del analista, considerando la implicancia de los propios atravesamientos tanto singulares como colectivos. Dicha afectación puede poner en cuestión las condiciones de posibilidad de la operatoria psicoanalítica, en cuanto a las posibilidades / imposibilidades de conseguir lo que denominamos, "estar psicoanalistas". Esta lúcida conceptualización de Fernando Ulloa, nos resultó útil para hacer foco en las modalidades de dirección de la cura, que consideramos pertinentes en este tipo de consultas.

"Estar psicoanalista" alude entonces, a la especificidad de la función del analista, en tanto garante de un dispositivo clínico, posibilitador de procesos de elaboración

psíquica. Función sustentada en la demora de un “saber no hacer” (Ulloa), en una actitud de “neutralidad benévola” y de “teorización flotante” (P. Aulagnier), resultado del procesamiento psíquico del analista. Apoyado en su capital teórico y en su trayectoria histórico-profesional, tal analista construye las intervenciones y el entramado de señalamientos e interpretaciones, a partir del encuentro con su paciente y la singularidad de su propia historia.

Sobre esta matriz, la función analítica funciona como filtro frente a los excesos, a la espera de un ritmo pertinente para mitigar los montantes de sufrimiento psíquico, poniendo la mente del analista en disponibilidad, abierta a una heterogeneidad de lógicas y al encuentro complejo de una multiplicidad de sentidos. Analista implicado, éticamente responsable acerca de lo posible, en cada momento para cada paciente, acompañando el devenir del proceso terapéutico, tratando de reconocer y mitigar los posibles efectos “traumatogénicos”, que el camino terapéutico en sí mismo puede producir o reproducir.

En esta ocasión, presentaremos dos reseñas clínicas de pacientes afectados por acontecimientos catastróficos, relacionados con la trama familiar, en particular con los padres y la fratria, con dificultades en la construcción y/o apropiación del proyecto personal. Las situaciones de pérdida y ruptura producidas por dichos acontecimientos en el anclaje genealógico, no inscriptas o suficientemente tramitadas, reflejan en ambos casos, tanto alteraciones en el procesamiento de la filiación, como diversas imposibilidades de historización y de memoria. Nos resultó de interés trabajar en paralelo las reseñas de los dos tratamientos, con el fin de iluminar las diferencias y similitudes en el decurso de los mismos, así como poner en visibilidad algunas de las intervenciones.

Acordamos en recortar en ambos tratamientos, cuestiones referidas a la modalidad en que se fue configurando el dispositivo clínico, focalizando algunos momentos significativos en cuanto a las posibilidades / imposibilidades de elaboración psíquica y de procesamiento subjetivo. Por esta razón, desde la perspectiva del analista, puntualizaremos en aquéllas intervenciones que dan cuenta de la modalidad de la dirección de la cura, en especial aquéllas pertinentes, para el sostenimiento de la operatoria psicoanalítica.

## **Sobre el tratamiento de D.**

### **Configuración del dispositivo clínico**

Derivado por una ex paciente, D. llama para pedir la primera entrevista de lo que será la primera etapa del tratamiento, que durará 3 años aproximadamente. El paciente fue adoptado a los 10 meses de vida por una familia cuyo apellido lleva; sus padres biológicos fueron militantes Montoneros. Su padre fue asesinado, su madre detenida-desaparecida. Junto a su hermano mayor, lo entregaron a su familia paterna, conformada entonces por una abuela y un tío, ninguno de los cuales se encontró dispuesto a alojarlo, por lo que lo dieron en adopción a un matrimonio emparentado con ellos, que no podían tener hijos y querían adoptar. Resultó siendo criado como “primo” de su propio hermano de sangre. Su otro medio hermano materno fue entregado a la abuela materna. Pasó su infancia y escolaridad primaria en un colegio “ultra católico”, en Buenos Aires. Sus padres adoptivos se fueron a vivir a EE.UU., cuando él tenía 12 años y allí permanecen.

## **Primera etapa del tratamiento**

*“Seguramente sabes algo de mí, por mi ex-novia... ¿Recordás algo de mi historia?”* La analista tiene presente, que la información previa al encuentro con él, puede determinarla de alguna forma. De todas maneras, invitándolo a conocerse, decide contestar, que recuerda que es hijo adoptivo de familia X, diciéndole el apellido con el paciente se presenta.

*“Es la primera vez que entro a un consultorio... A mi ex-novia, F. le sorprendió que nunca hubiera consultado... Decidí venir a verte después de este tiempo que corté, porque creo que tengo un problema... No puedo estar solo, no puedo disfrutar mi soledad, ni bien termino una relación, empiezo a salir con alguien, enseguida me encuentro saliendo de nuevo... O se compromete mucho ella o me mando demasiado rápido yo... Se acelera la relación y cuando se arma el compromiso, me siento atrapado, incómodo... No sé es como si tuviera una “adicción a las mujeres”... Parece que tengo un sentimiento adentro, como hueco que quiero llenar buscando una mujer para el resto de mi vida... Pero después me siento encerrado, pierdo mi libertad, mi independencia”...*

Se observa que habla muy aceleradamente, un tema tras otro. La analista comienza a pensar en un joven muy necesitado de ser escuchado sin interrumpir, en sus “huecos” rellenos por cantidad de palabras, de acciones, de mujeres.

*“Creo que también necesito hacer terapia, porque se me vino todo encima, la mudanza a Argentina... Esta transición no me es fácil, aunque haber conseguido un buen laburo, está muy bueno... no tengo un minuto... Además soy muy salidor, tengo mi grupo de amigos argentinos, los que eran de mi primario, salimos todas las noches, como que siempre estamos de joda en joda... Duermo muy poco... En realidad hace bastante que tengo problemas para dormir, mi cabeza no para”.*

La analista le propone que, poco a poco, empiecen a pensar en todo lo que ocupa su cabeza, lo que ciertamente no lo deja dormir, no lo deja detenerse y seguramente tampoco, lo deja poder estar a solas.

*“No tengo balance, no encuentro mi equilibrio, yo siempre viví en los extremos... Pero considero que soy muy luchador, voy para adelante. De chico siempre vivía muy asustado y me solté, ahora encaró todo. Vivir en EE.UU. me ayudó un montón, que mi primera novia fuera yanqui, ser uno más entre negros, blancos, hispanos”...*

Se le señala que esa “lucha” tiene un alto costo emocional, que no lo deja encontrarse, ni encontrar su propia forma. Cierta posibilidad de pensarse comienza a esbozarse, pero recubierta por una hiperactividad, que encubre una gran intensidad afectiva, muy dolorosa.

La primera etapa del tratamiento transcurre atravesada por su temática con las mujeres. El tema de sus dificultades crónicas con el sueño, permitió ir construyendo con él, lentamente, el registro de su sufrimiento psíquico, escondido detrás de un gran hiperactividad operatoria.

Poco a poco, en forma discontinuada, va conectándose con el peso de su historia. Cada sesión o dos que despliega algún tema vinculado a su filiación, las sesiones siguientes se queda dormido, falta o trae algo acuciante que se le presenta en su realidad.

Sus hermanos biológicos están muy presentes en sus sesiones. Le cuesta mucho sostener el vínculo con ellos, pero manifiesta un lazo muy intenso, cargado de afecto y de gran admiración. Es con las mujeres que conoce que va “blaqueado” su histo-

ria, comenzando a compartir con ellas parte de la vida de sus hermanos, con amigos de sus padres biológicos, actividades culturales que desarrollan sus hermanos, etc.

En los últimos meses antes de suspender la primera etapa del tratamiento, comienza a poder tolerar estar a solas, sin mujer acompañante de turno. Empieza a preguntarse dónde le gustaría vivir, porque siente que... *“no tengo suelo firme, estoy viviendo en lugares de paso, necesito echar raíces”*...

Decide mudarse a un lugar, al que elige por la cercanía de su trabajo y, a poco de andar, comienza a salir con una muchacha M. -relación que será muy importante para él-: *“Creo que ésta es el tipo de mujer que estaba buscando, me siento relajado puedo ser yo, los padres de ella son muy abiertos, muy distintos a los de mis novias anteriores”*.

Excusado en una mudanza a la periferia de la ciudad, interrumpe el tratamiento. Tres años más tarde, frente a la amenaza de separación del vínculo con la citada muchacha, re-consulta en gran estado de angustia.

### Segunda etapa del tratamiento

Las primeras sesiones estuvieron atravesadas por la amenaza de pérdida de M. La pareja convivía en la casa de D. desde los últimos casi tres años. La relación entra en crisis. La desesperación de D. trajo a la consulta, un par de veces, a su todavía compañera M. Finalmente, después de un mes de idas y vueltas, M. se retira de la casa.

Los meses siguientes mostraron un joven, menos acelerado, muy angustiado, pero más reflexivo... *“creo que esta vez tengo que ir a fondo con mi tratamiento... Sé que yo no pude con el proyecto de familia... ella deseaba tener hijos conmigo y yo me escapaba con mis viajes de trabajo. Siento mucha bronca... creo que es mi culpa y me desespero ... Yo produje el distanciamiento, por no tener acomodada mi vida... Por eso la traje acá, para que vos me ayudes a transmitirle lo difícil que es para mí”*...

Producía -a la analista- gran preocupación la profunda tristeza del paciente, pero al mismo tiempo, surgía la posibilidad de confiar, de esperar que, tal vez, éste fuera el primer duelo, que D. estaba pudiendo transitar.

Comienza un período de gran apertura a empezar a enfrentarse con sus “pendientes”. A los meses, decide mudarse “casualmente” a un barrio muy cercano a mi consultorio. En esta mudanza intervienen ayudándolo mucho, sus hermanos, favoreciéndose un fluido intercambio entre ellos y sus sobrinos. Su vida nocturna va menguando y empieza a compartir fines de semana con sus hermanos y allegados a los mismos.

El año siguiente lo encuentra, revisando minuciosamente el expediente de su adopción, como primer acto simbólico, de revisión de su historia. Comienza a entablar serias “conversaciones” por e-mails con sus padres adoptivos, constituyéndose estos correos electrónicos, en pequeños escritos sobre su proceso de historización personal. E-mails, que previamente son enviados a la analista antes de sesión, para trabajar sobre ellos, siendo a partir de entonces parte del material de trabajo terapéutico. A su vez, comienza a participar activamente en hechos culturales y políticos, en los que está involucrado su medio hermano, muy relacionado con la historia de ellos dos, como hijos de Montoneros.

### Sobre el tratamiento de M.

M. es un hombre de 50 años, hijo de europeos, profesional, casado con hijos, que consulta por la inminente muerte del padre. Es el único sobreviviente de una fratria de tres hermanos, quienes murieron en el lapso de pocos meses.

El hermano menor fue piloto, murió en un accidente de avión (que le había regalado el padre). El hermano mayor a los tres meses de casarse, muere de una enfermedad aguda.

Sobre la historia de sus ancestros, M. refiere que su papá, inmigrante, fue piloto de aviación, como su propio padre. Era el único hijo varón, con dos hermanas denigradas por la madre. El abuelo paterno muy “tranquilo”, pero dominado por su mujer, muere cerca de los 30 años. Esta abuela paterna europea, que fue la menor de trece hermanos, era muy “dura”, sólo valoraba a este hijo varón. Habiendo migrado a la Argentina, el papá de M. cumplidos sus 18 años, inducido por su propio padre, se ofrece como voluntario en la Segunda Guerra Mundial. La mamá de M. también inmigrante, no concurrió al colegio, “es como una esclava fuertísima... es austera, sencilla, rudimentaria, básica... se ofende si querés ayudarla”. Refiere que le molesta ver cómo ella se somete a la modalidad despótica de su papá.

### Configuración del dispositivo clínico

Se trata de un hombre apuesto, desgarbado, con expresión de cansancio. *“No tengo muchas esperanzas que hablar de mi historia pueda ayudarme”* ... La analista se pregunta cuáles son las condiciones y viabilidad del proyecto terapéutico. *“No sé muy bien ... mucha tristeza... papá se está poniendo viejo... está muy mal... resulta que nos llevamos muy mal”*... Habla con preocupación de una hija: *“Ella nunca se radica, no tiene planes fijos, estuvo viviendo un mes en un refugio en la montaña”*... El antecedente de los tíos muertos trágicamente hace pensar con inquietud sobre los efectos de ruptura en la cadena genealógica.

*“El eje familiar, es mi papá. A mis 20 años murieron mis hermanos, el viejo resolvió las cosas nunca decayendo, la relación con él es muy fría... Así el tipo se banca bien, aunque siempre hablamos de ellos es una herida que nunca se va. Yo me quedé al lado de la familia, como que jugamos a lo mismo... Congelé... La terapia es mala palabra. Mi viejo es autosuficiente, no cree en la psicología... Yo le seguí bastante la línea, no está dentro de los códigos familiares”*... Suspira, le falta de aire, mira para afuera, mira a la terapeuta en silencio, vuelve el llanto. La intervención de la analista apunta al proyecto terapéutico, señalando que parece que está buscando algo diferente, no seguir al padre en esa línea, cambiar los códigos.

*“Nunca lloré así, no entiendo qué me pasa”*... La siguiente intervención, se realiza con voz muy baja, ritmo pausado, diciendo que tal vez el paciente nunca pudo mostrarle a su papá todo ese dolor y que entonces esa herida no se puede cerrar. A través de la mirada, intenta manifestarle su presencia y brindarle contención ante su sufrimiento. *“Sé que sufro... a veces hay que sufrir... Cada tanto me movilizo y hago esto”*... Expresa llorando desconsoladamente. *“Después me la banco, aunque en general soy alegre. Tengo una buena vida, laburo, mujer, hijos, amigos... pero a veces, no lo manejo y lloro mucho en la ducha”*. Su voz se quiebra nuevamente, vuelve el llanto que intenta frenar, no aceptando pañuelitos y tosiendo, como para reponerse.

La analista señala que el hecho de haber logrado una buena vida, trabajo, mujer, hijos, no parece ser suficiente para contener ese llanto. *“Creo que es culpa... con respecto a mi viejo, también. La relación con él es dura, no se vuelca a mí... creo que le molesta, porque soy diferente... Siempre estuve al lado de él ... No veo que se abriera el camino ... En el 2001 quebré fuerte, en vez de ayudarme, me exigió... Hasta los 20 años no era exigente, era flexible”*... Todas estas frases son dichas entrecortadamente con mucha congoja. *“No sé... estoy con problemas con las obras... Rescindo contratos, pierdo obras, no voy a cobrar la guita, me olvido de cosas importantes. Después, finalmente las arreglo. Las obras son complicadas, imposibles... Me da mucha bronca... a mí me cuesta mucho cobrar”*.

La analista le pregunta entonces ¿cuál considera que es la obra imposible, insoportable o complicada? Reiteradamente vuelve a hablar sobre el padre: *“No puede ni caminar, no va al campo, yo le digo que tengo que ayudarlo, pero se queda mudo”* ... Refiere que dicho campo, el padre lo había comprado para el hermano mayor y que no quiere realizar ningún cambio, lo quiere mantener de esa manera. Dice: *“Sufro por lo que fue la familia. El viejo es muy duro, quiere morir parado, es muy difícil. No quiere transa, no me da la mano... no hay transferencia.”*

La analista conjetura sobre la hipótesis de la “hiperpresencia” del hermano muerto, como obturador de toda posibilidad de vínculo del padre, con su único hijo vivo.

Respecto al vínculo con su hermano menor, muerto en el accidente de avión, refiere que viaja todos los años, al lugar donde fue enterrado, en el interior del país. *“Me hace bien ir ahí, todos los años... El está en la montaña... Necesito borrarle, estar con él, lo extraño. No me banco lo que pasó, aunque ya pasaron más de 30 años... Es un terreno que no domino, tenés ganas de rendirte, de desaparecer por un momento”*... Vuelve el llanto, se tapa la cara, tose, busca con la mirada y surge en la analista, como asociación la teoría de Winnicott, acerca de crear un ambiente continente, frente a un derrumbe.

M. comenta que, a veces, lo acompaña al cementerio la hija -quien nunca conoció a sus tíos, pero a los que les escribe cartas-. De esta hija, dice que le preocupa, porque no sabe si ella tiene proyecto propio; enfatiza que es la más sensible y afectuosa. Según sus palabras es *“como una iluminada, rebelde, tiene tatuajes, fuma marihuana... Creo que tiene otra lógica... Ahora está en casa, por momentos parece descarriada... No sé, es que viene a poner desorden en tanto orden”*...

Surgen en la analista, preguntas respecto del particular lugar que ocupa esta hija en la trama generacional, y si se trataría de una repetición de la histórica traumática familiar, o si ella representaría un nuevo eslabón facilitador de la elaboración transgeneracional.

### Primera parte del tratamiento

M. se instala en el tratamiento. Durante los primeros meses, el contenido de las sesiones está referido a la enfermedad del padre y lo que va intentando hacer, para acercarse a él. Va percibiendo en el curso del tratamiento que no se trata tanto de poder reparar el vínculo actual con el padre, sino que se trata de intentar “reparar”, elaborar, tramitar las marcas de su historia familiar.

Se muestra sorprendido, por poder expresar su sufrimiento y relatar tramos de su historia: *“Pero hay cosas que no conozco, que son muy intensas... no me animo a hablar... Para mi viejo,*

*todo es más sencillo... sencillamente, no hay que hablar, es su mandato”*... La analista interviene mostrando al paciente que aún así, está hablando de su historia, de esta forma, no sometándose al mandato del padre de “no hablar”.

*“Quizás el problema es que yo necesito otra cosa de mi padre. Estoy enojado con él. Mi vieja me decía, no va a cambiar, porque ella le tiene paciencia, no lo condena... Yo siento que me derrumbo... Tengo que poder hacer las paces con él antes que se muera. Pero sé que no tengo que llorar frente a él. No le puedo hacer esto”*... Se le interpreta entonces que, a pesar de sus fuertes sentimientos ambivalentes, lo que siempre intentó fue acercarse a su papá de alguna manera, siguiendo con sus códigos. Parte de esto, supone no derrumbarse ni manifestar su dolor, sostener la distancia generada por el padre, con él.

*“En relación con el campo... quiero hablar con él de eso, con más detalle. Pero se pone muy molesto, no se banca estar en el hospital, no cree en los médicos. Se le va debilitando el corazón, parece que le han sacado el corazón”*... -dice esbozando una sonrisa irónica-. La analista agrega que quizás el padre no tolera ver que va perdiendo fuerzas, que no puede seguir “bancando” como hasta ahora, que quizás nunca supo, nunca le mostraron, cómo se puede sentir de otra manera.

Al poco tiempo, falta a una sesión y manda un e-mail, con una poesía escrita al padre. A partir de allí, comienza a compartir vía mail, parte de la producción literaria de un taller de escritura -que comenzó casi al mismo tiempo que el tratamiento-. Con respecto al contenido de los e-mails, algunos de ellos los escribe al salir de sesión, otros son cuentos, que escribe en el taller literario, particularmente referidos a temas, que se trabajaron en sesión.

Cumplido casi un año de tratamiento, el padre muere. Comparte con la analista, el obituario que escribió especialmente para el padre.

### Posibles dispositivos de elaboración de la clínica de lo catastrófico

#### Sobre los procesos elaborativos en los pacientes reseñados

Como intentamos poner de manifiesto en las reseñas presentadas, las posibilidades del trabajo de elaboración en cada uno de estos pacientes, estuvieron directamente relacionadas con el decurso del proceso analítico, que se fue desplegando en la singularidad del encuentro vincular, del entramado de las posibilidades elaborativas de cada paciente y de nuestro propio procesamiento psíquico para llevar adelante la dirección de la cura, es decir, de una tenaz intención de “estar psicoanalistas”. A su vez, consideramos que hace una de las posibilidades del trabajo de elaboración de la clínica de lo catastrófico, la apelación a la escritura. Acordamos en que la presencia de la producción escrita en el curso de estos tratamientos fue signo relevante de momentos de pasaje de modalidades más catárticas de descarga afectiva, hacia producciones más elaborativas, con posibilidades de procesamiento subjetivo y de historización autobiográfica.

Fue notorio que dicha producción estaba en general referida al contenido de lo que surgía en las sesiones, siendo considerando material de trabajo clínico, en la medida que los pacientes lo traían a sesión, trabajándolo al modo del trabajo de los

sueños, dentro de la línea asociativa del propio paciente. En ambos casos, la producción escrita consistió en reflexiones, que los pacientes plasmaban en e-mails, que enviaban en el intervalo entre las sesiones. En el caso de M., enviaba los textos que escribía luego de sesión, reenviaba poesías y cuentos escritos en un taller literario, que consideraba conectados con el trabajo de la sesión.

En cuanto a D., aprovechó el soporte de la conexión vía mail con el analista, para producir sus primeros escritos sobre su historia personal, muchos de los cuales luego eran enviados posteriormente a los destinatarios.

### **El trabajo entre analistas como dispositivo de elaboración**

En nuestra experiencia en otras situaciones compartidas, en especial nuestra práctica en catástrofes sociales, hemos comprobado la necesidad de los dispositivos grupales de elaboración de las propias prácticas, considerando que en dichas situaciones “la experiencia catastrófica disyunta espacios, primero los separa, luego los disuelve”, tal como señala Kaës.

En esta presentación, hemos intentando destacar que la función analítica transita en estas situaciones clínicas, en los límites de su posibilidad, dada la intensidad de la misma, lo que puede poner en riesgo el campo terapéutico o al menos vul-

nerar la posibilidad de la operatoria psicoanalítica, en especial en lo referido a las posibilidades del analista del propio procesamiento subjetivo, necesario para la dirección de la cura. El trabajo en dupla, así como la reflexión crítica compartida en el “entre-dos vincular” para la tramitación de nuestra clínica, constituyen a nuestro entender, un dispositivo de elaboración privilegiado para la elaboración de nuestras prácticas, en particular en lo que hace a clínica de lo catastrófico. Así también, tanto la riqueza del intercambio mutuo en la profundización sobre la tarea clínica, como el desafío de plasmarlo en un escrito conjunto, multiplica el efecto favorecedor de este espacio entre analistas.

A su vez, queremos destacar que los encuentros grupales entre colegas, pueden constituir también, valiosos dispositivos de elaboración. El encuentro “entre colegas”, como fue el caso de la presentación de estas dos reseñas clínicas en el Espacio del Ateneo de EATIP, Equipo Argentino de Tratamiento e Investigación Psicosocial, nos permitió nuevamente experimentar la eficacia de los dispositivos grupales, en cuanto a su potencial elaborativo. El respeto por las diferencias en un clima de confianza mutua, la puesta en común y confluencia de la diversidad de prácticas, teorías y recorridos profesionales, configura, al modo de lo que Kaës denomina “polifonía de voces”, un espacio de elaboración e historización de la práctica.

## **Referencias bibliográficas**

1. Anzieu, D. - El yo piel. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1987.
2. Aulagnier, P. - La violencia de la interpretación. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1975.
3. Aulagnier, P. - “Construirse un pasado”. Revista de Psicoanálisis de Apdeba. Vol XIII. Nº 7, 1989.
4. Aulagnier, P. - “El trabajo de la interpretación. La función del placer en el trabajo analítico”. Cuerpo, Historia, Interpretación. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1994.
5. Beltrán, M. - “La práctica psicoanalítica y el contexto actual. Una situación crítica para el analista”. Actualidad Psicológica. N 293. 2001.
6. Beltrán, M; Bó de Besozzi, A. - “Aproximación psicoanalítica al Desorden Postraumático”. Intervenciones en Situaciones Críticas. Prácticas Interdisciplinarias. Vol. I. Editorial Catálogos. Buenos Aires, 2002.
7. Beltrán, M, Bó de Besozzi, A. - “Implicancia subjetiva en las investigaciones del trauma social”. Intervenciones en Situaciones Críticas. Prácticas Interdisciplinarias. Vol. II. Editorial Catálogos. Buenos Aires, 2002.
8. Beltrán, M; Bó de Besozzi, A. - “Práctica psicoanalítica y sufrimiento social”. Revista Subjetividad y Procesos cognitivos. UCES. Buenos Aires. 2007.
9. Beltrán, M, Tarrab, E. - “Reflexiones acerca de un dispositivo “entre dos analistas”, presentado en Congreso de la Asociación Argentina de Psicoterapia de Grupos. 2011.
10. Kaës,R. - “Rupturas catastróficas y trabajo de la memoria” en Violencia de Estado y Psicoanálisis. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires, 1984.
11. Kaës,R. - Crisis, Ruptura y Superación. Editorial Cinco. Buenos Aires 1987
12. Kaës,R. - Un singular plural. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 2007.
13. Kordon, D., Edelman, L. - “Impacto psíquico y transmisión Inter y transgeneracional en situaciones traumáticas de origen social.” Paisajes del dolor, Senderos de Esperanza. ATIP, GTNM-RJ, CINTRAS, SERSOC. Editorial Polemos. Buenos Aires, 2002.
14. Kordon, Diana; Edelman, L. - Porvenires de la memoria. Editorial Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires, 2006.
15. Ulloa, F. - Novela clínica psicoanalítica. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1995.
16. Vinar, M. - “El detenido-desparecido”. Revista Topia. No.55. Disponible en <http://www.topia.com.ar/articulos/el-detenido-desaparecido>
17. Winnicott,D. - Realidad y Juego. Editorial Granica. Buenos Aires, 1971.



# Concurso Premio Revista Sinopsis

## Reglamento de participación

1. El presente concurso (en adelante el "Concurso") es organizado por la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) a través del Comité Editorial de la Revista Sinopsis (en adelante el "Organizador"). La participación en el Concurso atribuye la condición de participante o participantes (en adelante, el "Participante") única y exclusivamente en la medida en que los interesados cumplan con la totalidad de las condiciones establecidas en el presente Reglamento e implica la aceptación plena e incondicional del mismo.
2. El presente concurso es válido en Argentina, como así también para socios residentes en el exterior.
3. Podrán participar en este concurso aquellas personas que se encuentren registrados como socios –titulares y adherentes- de APSA y con su cuota societaria al día. Quedarán exceptuados de participar del mismo los socios que integran la Comisión Directiva de APSA, los miembros del Comité Editorial de la Revista Sinopsis, autoridades del Instituto Superior de Formación de Postgrado y ex-presidentes de nuestra Asociación, como así también los miembros titulares y suplentes del Jurado del referido concurso.
4. El Organizador llevará a cabo la realización del concurso promocionándolo a través de diferentes medios institucionales.
5. Operatoria: los participantes deberán enviar un correo electrónico a la dirección [secretaria@apsa.org.ar](mailto:secretaria@apsa.org.ar) con el asunto: Concurso Premio Revista Sinopsis.  
y en el cuerpo del mensaje: Nombre y apellido  
DNI / Dirección / TE / Correo electrónico de referencia  
Domicilio: calle / ciudad / provincia / país  
Título y año de graduación (de grado y postgrado)  
Universidad de origen (de grado y postgrado)
6. Texto para el concurso: Regirá el reglamento de publicación de artículos de nuestra Revista\* (ver reglamento completo en la página web de APSA). Es condición indispensable para la participación en el Concurso que los derechos de propiedad intelectual y de publicación de cada Obra presentada sean de titularidad del Participante que la presente al Concurso. Es responsabilidad de los Participantes asegurarse que las obras presentadas cumplan con todos los requisitos estipulados en el presente Reglamento. De lo contrario, el Organizador tendrá la facultad de excluirlos del Concurso sin que ello implique derecho a reclamo alguno por parte de los Participantes.
7. Recepción de Obras: Las Obras deberán ser presentadas con fecha límite a designar según lo estipulado para la publicación de cada número de la Revista.
8. Selección y Jurado: Las Obras recibidas serán puestas a consideración de un jurado (en adelante, el "Jurado") que estará integrado por tres socios titulares de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) que serán para esta ocasión: Dr. Alfredo Cía, Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro y Prof. Dr. Manuel Suárez Richards. En caso de vacante de un titular su puesto será cubierto por los miembros del jurado suplente (también socios titulares) que en esta oportunidad lo integrarán: Dra. Graciela Onofrio, Dr. Horacio Vommaro y Dr. Rodolfo Zaratiegui. La selección del ganador, de conformidad con el presente, estará a cargo del jurado cuya decisión será inapelable y será anunciada en ocasión de los congresos anuales de APSA.
9. Premio: El jurado premiará al ganador con una obra de arte elegida por la Comisión Directiva de APSA (el premio es intransferible y no podrá ser canjeado).
10. El Ganador será notificado a la dirección del correo electrónico desde la cual remitió el envío, dentro de los veinte días hábiles contados a partir de la finalización del concurso cuya fecha coincidirá con la del cierre del último número de la Revista previo a los congresos anuales de APSA.
11. Para poder acceder al premio el ganador deberá presentar un documento nacional de identidad y los datos del mismo deberán coincidir con los datos registrados.
12. Derechos de Exhibición: Los Participantes aceptan que con motivo de la realización del Concurso su Obra pueda ser difundida por el Organizador a través de todos los medios que el Organizador considere oportuno. Asimismo, el Participante autoriza expresamente al Organizador a compaginar y editar las Obras –a su criterio- para efectuar promociones del Concurso. Para el caso que la Obra presentada fuese seleccionada como ganadora, el Participante acepta que la misma pueda ser publicada por el Organizador en ulteriores ediciones del Concurso.
13. Generalidades: Cualquier situación relacionada con la interpretación del presente Reglamento será dirimida, en primera instancia por el Organizador.  
El Organizador podrá cancelar, suspender y/o modificar el presente Concurso a su solo criterio en cualquier momento y sin previo aviso.  
El Participante declara y garantiza que tiene todos los derechos y autoridad para participar del Concurso y que no existe limitación legal, contractual, ni de cualquier otra índole que pudiera restringir y/o interferir y/o impedir el más amplio y libre ejercicio por parte del Organizador de aquellos derechos que puedan derivarse directa y/o indirectamente de lo estipulado en este Reglamento, en particular con relación a la facultad de publicar la Obra presentada.
14. El Participante se compromete a mantener indemne al Organizador, frente a cualquier reclamo y/o acción judicial o extrajudicial que por cualquier concepto sea efectuada y/o dirigida y/o encausada contra el Organizador por cualquier tercero alegando directa o indirectamente que los derechos sobre la Obra, su título, los libros, el formato, la bibliografía y/o cualquier otro elemento integrante de la Obra violan y/o infringen y/o afectan y/o limitan y/o de cualquier otra manera lesionan un nombre comercial y/o una marca y/o un "copyright" y/o un derecho de propiedad intelectual o industrial, de un tercero.

\* La extensión de los trabajos no debe ser superior a los 24.000 caracteres con espacios ni inferior a los 20.000. Deben incluir un resumen de aproximadamente 700 caracteres con espacios, alrededor de seis palabras (o expresiones) clave y las traducciones al inglés del título, del resumen y de las palabras clave. El conteo total de caracteres con espacios no incluye las referencias bibliográficas –estas pueden tener hasta 9.000 caracteres con espacios-. Enviar también datos del CV abreviados el autor.

**Cantidad de caracteres con espacios:**

CV del autor: 200 caracteres con espacios

Texto principal: entre 20.000 y 24.000 caracteres con espacios

Resumen / Abstract: 700 caracteres con espacios (en cada idioma)

Palabras claves / keyword: 6 o 7 palabras en cada idioma

Bibliografía: 9.000 caracteres con espacios. (si el texto es de menos de 24.000, la bibliografía puede aumentar)

# Entrevista: Dr. Carlos Solomonoff

## ENTREVISTA

**CONFERENCIA del  
PRESIDENTE HONORARIO  
del XXVII CONGRESO  
ARGENTINO de PSIQUIATRIA  
Dr. Carlos A. Solomonoff**

*El prestigioso psiquiatra Carlos Solomonoff ha egresado de la Facultad de Medicina de Rosario. Posteriormente obtuvo una beca en París que le permitió realizar su formación como assistant étranger en el Hospital Sainte Anne. Regresó a Rosario donde logró ejercer su vocación docente en servicios hospitalarios, en la universidad y en instituciones médicas y psicológicas. Fue socio fundador del Instituto Philippe Pinel y activo participante de la Federación Argentina de Psiquiatras de la que fue su presidente durante los duros años de la última dictadura.*

Previamente quisiera compartir con ustedes una reflexión sobre la significación de este Congreso. APSA ha crecido vigorosamente, lo demuestran varios aspectos. Tiene un poder de convocatoria cada vez más amplio. Este cambio cuantitativo va de la mano de un enriquecimiento cualitativo que se expresa en los contenidos científicos. Esto sólo es posible si existe un conjunto de colegas empeñados en un trabajo fecundo, con una vocación solidaria, de compromiso con la Psiquiatría.

Desde este presente podemos congratularnos de la existencia de APSA y lo que será capaz de crear en el futuro como instrumento para la convergencia y difusión de los aportes científicos de la especialidad. Pero abordar el presente exige incorporar el pasado que lo sustenta. Ni personal ni institucionalmente son escindibles. Los éxitos o los fracasos, los aciertos y los errores constituyen la trama que sustenta la posibilidad de pensar un futuro, de elaborar un recorrido de quimeras o realidades.

Ser invitado como Presidente Honorario de este Congreso es una distinción impensada que ha movilizad o emociones y recuerdos que seguramente no hubiera evocado sin esta circunstancia.

Mi exposición va a abordar en un primer tiempo esencialmente la recuperación de la memoria de un contexto político que necesariamente muchos de los aquí presentes no vivieron. El segundo tiempo se referirá a la consideración y propuestas de superación de las dificultades e insuficiencias actuales.

El reconocimiento a una trayectoria invoca la necesidad de un recurso autobiográfico y todos sabemos que en ese registro existe necesariamente una tensión distorsiva entre la realidad y la vivencia subjetiva. Comprenderán entonces, estimados colegas, mis prevenciones ante el relato ineludible y necesario. A tal punto que para afrontar esta responsabilidad convoqué a amigos y compañeros de lucha con los que compartiera angustias y utopías de aquellos momentos significativos de nuestras existencias. Me he reunido con Pablo Zopke, Roberto Sánchez, Orlando Sebrí. Quienes recibieron mi propuesta de evocación con alegría y desplegaron fechas, nombres y situaciones de las que aquí daré cuenta. Algunas anécdotas de mi vida personal serán incluidas y de mi absoluta responsabilidad dado que a ellos mismos les eran desconocidas. He decidido incluirlas aquí porque sin ellas no es posible hablar de una trayectoria personal que guarde cierta coherencia. Sobre todo porque hablo ante para quienes soy esencialmente un desconocido.

Ingresé a la Facultad de Medicina de Rosario en 1958. Me incorporé al Centro de Estudiantes en momentos en que se libraban las batallas contra el "limitacionismo" y luego entre "laica o libre", vertientes de propuestas antagónicas. Una tomaba con ardor el proyecto de facilitar el ingreso a la enseñanza universitaria de las nuevas capas sociales deseosas de un protagonismo que era resistido por sectores conservadores. Una cierta casta de la burguesía urbana tradicional no veía con bue-

---

nos ojos la incorporación de jóvenes del interior sin abolengo universitario y sin los apellidos ya instalados en las cátedras y en los grandes servicios sanatoriales que eran por entonces la prolongación lógica unos de otros.

En ese entonces en el plano de la política nacional, Arturo Frondizzi, había escrito "Petróleo y Política" y como candidato aseguraba un reformismo progresista. Lo borró con el codo y cedió a la iglesia los ministerios de Educación y Cultura. Su ministro, Delloro Maini, encarnaba el proyecto privatista de la universidad. Ese clima de traición generó una reacción masiva del estudiantado que desde entonces vivió en la efervescencia de un estado de alerta continuo.

Al terminar mis estudios de Medicina, tanto yo como Noel Feldman, quien fuera mi amigo y compañero durante 40 años, teníamos absolutamente claro que en Rosario los lugares para la especialización en Psiquiatría nos estaría vedados. Sin recursos económicos como para instalarnos en Bs. As., la alternativa más viable era conseguir becas en el exterior. Subyacía la fantasía de que volviendo con el aval de una formación prestigiosa podríamos insertarnos en nuestra ciudad. Así Noel Feldman gestionó y logró un lugar en Bonneval, la célebre abadía de Henry Ey.

Por mi parte sólo tenía asegurado alojamiento en la Ciudad Universitaria de París y gestioné una beca del gobierno francés. Durante mi estadía de casi tres años completé los programas para asistente extranjero en la Cátedra de Psiquiatría del Prof. Jean Delay del Hôpital Sainte Anne. Pierre Deniker era el adjunto que había incorporado los neurolépticos a la terapéutica psiquiátrica. Pierre Pichot y Thérèse Lemperrière eran jefes de Servicios y adjuntos de la cátedra. Tuve como docentes a Serge Levobici, Rene Drakine, André Green y Hecaen. La asistencia al Service Ouvert des Femmes era de lunes a viernes de 8.30 a 13.30 hs. Mi Jefe de Clínica, Michel Ledoux, Psiquiatra y Psicoanalista. Todos los miércoles Henry Ey daba sus presentaciones de casos en la Biblioteca de Sainte Anne. Los seminarios de Foucault, en la Sorbonne nos abrían a otros intereses.

La Cátedra de París, a cargo de Delay, pero esencialmente los seminarios de Henry Ey, convocaban a colegas españoles, portugueses, venezolanos, alemanes, suizos, rumanos, italianos. Un nipón, del que nunca escuché su voz, parecía refrendar el clima ecuménico. Lucien Bonnaffé estaba a cargo de servicios en "Psiquiatría de Sector", una importante reforma al sistema asistencial que convocaba a los jóvenes psiquiatras franceses, obviamente críticos de los asilos. Soplaban fuertes los vientos del sur y Bassaglia era parte de la atmósfera de renovación. Tengo hacia Bonnaffé una deuda de gratitud. Había sido un maquis de la resistencia a los nazis. Con humildad y paciencia, en su viejo y destartado Citroën 2 CV, me condujo por las calles de París al encuentro de un modelo de trabajo innovador, fuera de los célebres hospicios franceses. Tenía absoluta convicción de que estaba en una etapa excepcional de mi vida, una experiencia irrepetible. Registraba en un pesado Grundig las grabaciones con las voces de esos maestros célebres "las tengo que llevar allá...", me decía. Ese otro lugar era un destinatario imaginario difusamente localizado en los hospitales de

Rosario y ante colegas noveles. La beca me proveía de acceso a bibliografía de la especialidad: L'Evolution Psychiatrique, Les Annales Medico-psychologiques, L'Encyclopedie Medico-chirurgicale, los textos de Michaux, Green y Henri Ey, más cuanto podía recoger de cursos y conferencias.

Fueron años de embriaguez. Vivir en la Cité Universitaire, en el Pabellón Argentino, en cuyo piano ensayaba Miguel Angel Estrella, encontrarme en el atelier de Antonio Berni, conocer a García Urriburu, Macció, Raquel Folkner. Asistir a mesas redondas integradas por Alejo Carpentier, Pablo Neruda, Vargas Llosa. L'Opera, el Sarah Bernard, de Molière a Ionescu, Louvre. Jeux de Pommes, L'Orangerie. De Brueghel a Da Vinci, de la Victoria de Samotracia a Rodin, de los impresionistas a Kandinsky. El Grand Palais y el Petit Palais, en simultáneo presentando 1000 obras de Picasso.

Con ese equipaje de libros e ilusiones llegué a Rosario en noviembre de 1967. Ya había ocurrido el golpe contra Illía y se instaló la dictadura de Onganía. Pocos días después fui al Hospital Psiquiátrico y presenté mi curriculum. La respuesta fue inmediata: no necesitamos más psiquiatras.

Luego de algunos meses y en conocimiento de un concurso de antecedentes en el Hospital Psiquiátrico Roballos de Paraná, me postulé al cargo que obtuve por unanimidad. Dos meses después me llegó un telegrama de cesantía. Fue un pasaje sin atenuantes de la embriaguez a la resaca. Otros intentos fallidos me convencieron y también a Noel Feldman, que debíamos abrir otro camino. Así emprendimos el Instituto Philippe Pinel en abril de 1969. En noviembre de ese año comenzamos la publicación de una Revista de Psicología y Psicopatología destinada a médicos en general, con un tiraje de 5000 ejemplares y distribución gratuita en el Litoral. Llegamos al N° 9, cuando una de las hiperinflaciones, ya en los años ochenta, decretó su fin y dejó tambaleando nuestra economía.

Realizábamos encuentros, seminarios y cursos con el apoyo de colegas de Buenos Aires. Las inquietudes docentes se expresaron en el seno del Colegio de Médicos, Círculo Médico, Facultad de Psicología, Servicios y Hospitales Psiquiátricos de Rosario y Paraná, y también en nuestras participaciones en congresos de Federación Argentina de Psiquiatría (FAP). Desde mi llegada me integré a la Federación, de la que sólo diré que era una institución cuyos objetivos no se limitaban al interés científico sino que propugnaban la articulación de lo social y político. Tenía una estructura federativa regional: Capital, Provincia de Bs. As, Sur, Centro, Cuyo, N.O., N.E. y Litoral. Promovía reuniones regionales y nacionales, como así también congresos: en 1970 se hizo en Rosario, 1972 en Córdoba con la presidencia honoraria de Agustín Tosco. Entre 1972 y 1974 fue su presidente Mimi Langer y en 1976. El VII y último Congreso en Santa Fe, tuve el honor de haber sido designado su Presidente. Eran años de turbulencia política extrema. Tras la muerte de Perón (1974), el surgimiento de la Triple A no impidió que nos expresáramos solidariamente con Alberto Piccinini, el líder metalúrgico de Villa Constitución y San Nicolás, a quien visitamos integrando una delegación también en la cárcel de Coronda conjuntamente con Roberto Sánchez, Pablo Zopke y Orlando Sebré.

---

En noviembre de 1975 secuestraron y desaparecieron a nuestro Secretario Gremial, Juan Carlos Risau. En una de esas noches, la Triple A ingresó a nuestra clínica, golpearon al médico de guardia para obtener nuestros domicilios -el de Noel Feldman y el mío-. El médico no lo sabía. Violentaron nuestros consultorios, revolviaron todo y dejaron una amenaza escrita. La Triple A operaba sembrando el terror como instrumento de control político, provocando el silenciamiento mediante la autocensura, el “borrarse”.

Era también 1975, y en ese clima, un grupo cuyos nombres reiteraré, Pablo Zopke, Roberto Sánchez, Orlando Sebríe, Noel Feldman, Santiago Jaime y quien les habla, crearon el Centro de Estudios Psiquiátricos de Rosario, desarrollando un curso de un año destinado a psiquiatras y psicólogos. Crear un lugar de encuentro, de actividades colectivas, era un intento de desmentir la eficacia del terror pero también un recurso de resguardo autodefensivo. El clima represivo y opresivo de esos años produjo dentro de FAP una aglutinación natural con sectores provenientes del campo analítico, en especial de los colegas que habían formado el grupo Documento. La FAP se sacudió con la polémica sobre el lugar de la lucha por la desmanicomialización y el intento de amalgamar Freud y Marx, una de las banderas del grupo escindido de APA.

En el seno de FAP coexistían posturas de un amplio espectro, era una diversidad creativa, conflictiva: César A. Cabral, Enrique Kusnir, Gervasio Paz, Silvia Bergman, Elpidio Olivera, Dora Romano, Rafael Paz, Emiliano Galende, Mimi Langer, Valentín Barembli, Emilio Rodríguez, Fernando Ulloa, Alberto Sasatelli, Jaime Waisman.

Como mencioné, el VII Congreso Argentino de Psiquiatría se realizó en Santa Fe en octubre de 1976. Convengamos que recibir la presidencia de Federación Argentina de Psiquiatría (FAP) era un honor pero nada tranquilizante. El clima represivo se instaló con una intensidad desconocida en el país, el propósito de la dictadura era explícito: quebrar todo el sistema institucional democrático. Se proponían 30 años de poder.

Recuerdo que el día de mi designación, mi amigo Pablo Zopke, me dijo: “te han dado un cadáver para atravesar el desierto”. Lo tomé como una de sus lúcidas “boutades” sin alcanzar a ver todo lo que tenían de premonición.

Al asumir la Presidencia debía afrontar la participación de FAP en el IX Congreso Latinoamericano de Psiquiatría que se realizaría el 20 de febrero de 1977 en La Habana. La decisión era asistir. Una de las razones era no aislarnos del resto de las instituciones psiquiátricas de América, reivindicar nuestra legalidad, no arriar banderas.

En otro orden, algunos de nosotros veíamos un peligro potencial: si no concurríamos; la voz de los psiquiatras argentinos podía expresarse con la presencia de colegas ya exiliados en Brasil, México, España, Venezuela y también en Cuba, que aún con la más genuina y buena intención podrían crearnos una situación insostenible institucional y personalmente al desatar un incremento de las represalias sobre nosotros. Decidimos que no podíamos ir a ocultas y tampoco sin adoptar resguardos de seguridad por más frágiles que fueran.

El centro de poder en Rosario era también donde estaban los sótanos de detenidos, el edificio del Comando del II Cuerpo de Ejército, por entonces al mando de Galtieri. Resolvimos pedir una audiencia en nombre de FAP. Un trío de abogados estaría afuera esperando mi salida y dispuestos a presentar un habeas corpus. Esa mañana muy puntualmente me atendió un coronel. Me presenté como el recientemente designado Presidente de FAP. Expresé que era una Federación de carácter nacional, federativa y, a su vez, fundadora y miembro de APAL, que realizaba sus congresos latinoamericanos en forma rotativa en cada uno de los países miembros. “Este año el Congreso de APAL se hace en La Habana y deben participar los delegados de FAP. Necesariamente yo como Presidente”. Se tomó su tiempo para decir: “Y vaya doctor...” que sonaba a “aguántesela doctor”. “Coronel, en ese Congreso van a estar delegaciones de toda América Latina y nosotros como los otros miembros deberemos dar nuestro informe sobre la situación en la Argentina”.

- “¿Y qué viene a pedir, Dr.?”
- “La seguridad de no ser afectados a nuestro regreso”.
- “¿Y Ud. qué ofrece?”
- “Daremos nuestro informe que será crítico y nos haremos cargo de él. Si no vamos, el Congreso sin dudas denunciará nuestra ausencia como motivada por el poder militar. Habrá de todas maneras presencia argentina integrada por colegas que irán desde México, Brasil, España, Cuba. Nosotros no nos haremos cargo de lo que puedan decir y tampoco descalificaremos a nadie”.

Se paró y dijo: “Espere, voy a hacer una consulta... El General Galtieri dice que espere nuestro llamado en 2 ó 3 días”.

Tres o cuatro días pasaron. Me llamaron para que concurra al Comando. El mismo coronel me dice que el General ha dispuesto que el problema lo consulte en el Edificio Libertad, tal hora, tal día, tal coronel. Los amigos y colegas de Buenos Aires, ya al tanto de lo acontecido, convocaron a algunos abogados alertas a mi entrada y salida del Comando en Jefe. En las veredas del edificio, nidos de ametralladoras, también en el hall. Cacheo y documentación. Un oficial subió conmigo en el ascensor. Al llegar al piso, nueva identificación y constatación de la cita. Sentados frente a frente con el coronel, comencé con el discurso para repetir lo dicho en Rosario. “Doctor, no se moleste”, apretó una tecla y mi voz salía de un grabador con todo lo de la primera entrevista.

- “Puede ir, Doctor... puede ir y volver tranquilo...”
- “Coronel, la gestión del pasaporte puede serme dificultosa...”
- “Preséntese con esta nota”.

Así fue la delegación argentina unipersonal de FAP a La Habana. A mi regreso me presenté nuevamente al Comando en Rosario. Ante el mismo Coronel le entregué la copia de la Declaración de La Habana que me permite calificar de honrosa. Leyó lentamente, me miró en silencio. “Coronel, dije que seríamos críticos y que a nuestro regreso nos haríamos cargo. Ese fue nuestro compromiso”.

Aquí existe una laguna en mis recuerdos que retoman evocando una situación ya distendida. Algo del tipo: “¿Usted qué

---

opinión tiene sobre el proceso?” debió ser el interrogante que me formuló. Vuelve a mi memoria que estuvimos en un diálogo en el que le dije: “Coronel, estoy convencido que Ustedes están siendo manipulados para la aplicación del plan económico de Martínez de Hoz”. Más no recuerdo, pero no me es difícil reconstruir cómo pude haber fundamentado mi convicción. No hubo polémica, nos separamos en una situación muy distinta a la de los encuentros anteriores. Yo había perdido el miedo y, tal vez, él pudo verme con cierto respeto. Ello me animó a concurrir al Comando en dos oportunidades posteriores para recabar noticias sobre quienes, de igual manera, están hoy entre los desaparecidos.

En aquellos años hubo sucesos que no dejaron mi alma en paz. Por entonces mi consultorio estaba en el mismo edificio de la clínica de internación. Había finalizado las consultas y aprovechando que una lluvia torrencial me retenía, permanecí en mi consultorio ordenando papeles. Me llama la secretaria para decirme que una señora y su hijo vienen por una internación para el joven. La madre traducía una intensa angustia. El joven, alto y de contextura fuerte asistía pasivo. El pedido de internación era, en boca de la madre, una súplica para salvar a su hijo de una detención inminente. La pobre mujer desconocía que la comisaría de la zona recababa diariamente la lista de internados y yo no sabía cómo decírselo. La secretaria golpeó la puerta del consultorio y en un aparte me dijo que en el TV, mientras los pacientes estaban cenando, pasaban la foto del joven que estaba ante mí. Sólo pude ofrecerles que esperaran en mi consultorio para no ser vistos por los otros pacientes y darles comida hasta la hora que pudieran salir con menor riesgo. Dos días después vi su foto en el diario: “muerto en un enfrentamiento” en las afueras de Rosario.

Durante los años siguientes realizando cursos, seminarios, llevando adelante la revista, tratábamos de sobrevivir a la penumbra represiva.

Cuando amanecía la democracia se produjeron algunos retornos. Desde Barcelona, Madrid, México y desde nuestro sur. Era para ellos una travesía difícil. Buscar una nueva inserción luego de años de ausencia, problemas de pareja y familiares, escolaridad de los hijos, un lugar de trabajo. Recurrían “al Pinel” y nos esforzábamos en darles cabida, en amortiguar sus miedos, sostener los desgarros. Proveerles un consultorio, derivarles pacientes, avalar un crédito o un contrato de alquiler, crearles un entorno de aceptación social. Sólo esto podíamos hacer.

Hoy estamos frente a los juicios y las sentencias largamente esperadas. En una espera de 30 años, donde podemos decirnos que debemos estar orgullosos de nuestro pueblo. No hubo un padre, una madre, un hijo de desaparecidos, nadie que se hiciera justicia por mano propia. Miles de personas que toleraron los “arrestos domiciliarios” de los chacales, de los perversos, de los peores asesinos y torturadores y aunque estuvieran en manos de un Poder Judicial sospechable de connivencias, permitiendo la dilación de los tiempos forenses, operando en la realidad como mecanismos absolutorios.

No habrá nunca reparación de todas las injusticias porque tampoco las leyes dan lugar. Después de los depredadores aparecen las aves de rapiña. Así entre nosotros hubo distraídos, oportunistas, que supieron medrar acumulando currículums beneficiados por la discriminación, accediendo a lugares expectables sin más mérito que la obsecuencia y el silencio. Otros que se encaramaron a la burocracia servil que proveía de antecedentes académicos, de buenos sueldos. Son los que perpetúan impunidades discretas, a los que no llegará la mano de la ley pero que nunca se liberarán del juicio de una conciencia ética.

Al evocar este transcurrir por mi pasado personal me reprocho haber sido muchas veces intolerante, excesivo en las vehemencias, sectario hasta la injusticia. Sólo aplaca este malestar mi convencimiento de haber actuado por convicciones y una pasión a veces reactiva y poco reflexiva.

Hoy, con claroscuros, avances y retrocesos, aciertos y errores, estamos en democracia, en ejercicio de libertades. Treinta años de democracia ha posibilitado la continuidad de los proyectos institucionales y profesionales, y con ello un desarrollo superador en el interior de las propias instituciones. Sólo recuperando la memoria valorizaremos lo ya alcanzado, reflexionando sobre aquellas personas e instituciones que enfrentando los tiempos difíciles posibilitaron el presente. No olvidemos la esencia de estos valores y lo que significó su pérdida.

En relación a la formación de nuevos psiquiatras transmitiré algunas preocupaciones y sugerencias para su resolución. Mi primera apreciación se refiere a la diversidad y desigualdad de los recursos de formación con que cuentan los jóvenes según situaciones geográficas e institucionales. Desde siempre han existido desniveles entre las diversas universidades estatales, situación que no era sólo en relación a Psiquiatría sino que se expresaba en otras especialidades. Con la creación de las universidades privadas y la multiplicación de centros universitarios en todo el país, la falta de homogeneidad se ha acentuado. Además, el número de postulantes a las concurrencias y residencias es cada vez mayor en relación a las plazas disponibles. Ante la disyuntiva de negar las condiciones de los centros receptores de alumnos, se optó por la segunda. Las propias autoridades otorgantes de matrículas y/o habilitaciones aflojan los controles que, además, les son cada vez más difíciles de ejercer ante el incremento de lugares y alumnos. El panorama actual es la coexistencia de centros de formación con buen nivel con otros que no pueden ofrecer los requisitos mínimos e indispensables.

Visto ahora desde el ángulo de los aspirantes, observo que los egresados de medicina con vocación por la Psiquiatría se hayan, no pocas veces, huérfanos de información y orientación, incluso para afrontar un plan de lecturas racionales y sistemáticas. Buscan una puerta de entrada o de abordaje, un lugar donde insertarse para desarrollar la comprensión de una especialidad que a muchos le resulta en las antípodas de la formación médica curricular. Desconocen aún en sus rasgos más generales las diferentes escuelas de psicoterapia y las posibilidades de las subespecialidades psiquiátricas. Agreguemos que muchos colegas deben afrontar en forma

---

inmediata el sostén económico de núcleos familiares recientemente constituidos. Necesitan, por lo tanto, ganarse un sueldo simultáneamente a las necesidades formativas. Esto les exige un esfuerzo personal, a veces arrastrando un agotamiento físico excesivo. Conclusión: las horas de estudio los encuentra cansados, produciéndoles un descenso del nivel de rendimiento, apareciendo ante los ojos del docente ocasional como esencialmente desmotivados. En este cuadro general les llegan las ofertas de dos vías de fácil implementación: la industria farmacéutica que les ofrece el camino breve y directo al recetario y el DSM que autoriza diagnósticos sin psicopatología ni referentes teóricos explícitos. Ambos se complementan abriendo las puertas a un ejercicio vicariante y aberrante, el ejercicio de una terapéutica con riesgos iatrogénicos y sin fundamento clínico elaborado.

La alianza fáctica, laboratorios de la industria farmacéutica plus DSM constituye una efectiva colonización intelectual que desplaza los ricos y valiosos contenidos científicos del acervo psiquiátrico y psicoanalítico. La valoración que acabo de formular puede sorprender y parecer exagerada. Para fundamentarla diré en primer lugar que en la actualidad sólo en condiciones excepcionales los docentes realizan entrevistas clínicas presenciales, no pocas veces bajo el argumento del reparo de la privacidad del entrevistado. Debo decir que para mí fueron de gran utilidad en mi aprendizaje las mostraciones de Henri Ey, Jean Delay y André Green, ante no menos de 80 a 100 alumnos. Porque incluso, como es fácil imaginar, operaban con recursos técnicos totalmente diferentes pero sorprendentemente efectivos. Tal disimilitud favorece la adopción de las propias particularidades del profesional en formación.

Me pregunto si existe una adecuada inclusión de las técnicas de entrevistas clínicas como tema de las clases teóricas.

Esta alianza fáctica DSM – recetario, produce una distorsión de la práctica con consecuencias que trascienden los efectos directos sobre el paciente. No pueden dejar de ser considerados una secuencia de hechos perniciosos. El descenso de la calidad del desempeño del profesional producirá en él una insatisfacción autocrítica cotidiana que va erosionando su autoestima, su valoración como especialista. La repetición del malestar se incrementa si el profesional está sometido a un régimen de prestaciones laborales extenuantes (guardias excesivas, consultas ambulatorias aceleradas, rotación por diversos efectores de salud). Una tarea a destajo, frustrante a tal punto que le impide capitalizar como experiencia su propio quehacer. No pocas veces les faltan colegas experimentados y cercanos, sean o no enseñantes, con quienes sentirse apoyados, con quienes consultar. Todo parece contribuir a un malentendido: el profesional se siente incapaz, sin respuestas de la especialidad a la que no ha llegado a conocer en sus recursos y posibilidades.

Frente a esta situación los jóvenes colegas suelen volverse a una búsqueda de otros terrenos, en especial, el psicoanálisis. Lo incorporan sin criterio ni orientación, mal y a destiempo, con lecturas anárquicas y más determinadas por el prestigio actual de ciertos autores que por un criterio pedagógico que permita su asimilación paulatina.

Así las cosas, lo que debería ser un aporte enriquecedor de valor indiscutible para su acervo profesional, arriesga a ser incorporado como un elemento de confusión al sumarse dos campos diversos, Psiquiatría y Psicoanálisis.

Hay un hilo conductor entre las dificultades para elaborar una historia clínica y el desempeño en la comprensión y contención del paciente, en el tránsito desde la entrevista inicial a una estrategia psicoterápica. El reciente libro de Christopher Shea, “La Conduite de l'eneritien psychiatrique – L'art de la comprèhension”, nos da desde su título un aporte que luego despliega en 700 páginas. Porque es este contenido de arte tan valioso lo que está en juego, el componente indispensable y previo en todo proceso terapéutico.

APSA lleva adelante un esfuerzo docente ampliamente reconocido y al que convoco para el abordaje de estas cuestiones.

Estimados colegas, deseo ahora compartir con ustedes algunas reflexiones que hacen al presente y futuro de la especialidad:

La aprobación de la Ley de Salud Mental 26.657 ha merecido apoyos y críticas que no están saldadas pero, de todas maneras, es un hecho auspicioso la instauración de un debate en el medio legislativo y social. Creo que APSA puede contribuir a su superación y esencialmente sortear el riesgo de que entre en la vía muerta de las declaraciones que quedan en las buenas intenciones.

Estaremos acordados en que la implementación de los cambios que propugna la ley, constituyen el nudo gordiano. La primera objeción que surge y que no pocas veces encubre una oposición a los proyectos transformadores, suele ser el presupuesto. Sin desvalorizar el argumento, pienso que limitar al problema económico la imposibilidad esencial puede funcionar como un obstáculo paralizante.

Veo dos órdenes de problemas importantes en la intención de desmanicomializar la estructura asistencial. En primer lugar, es necesaria una estrategia de cambios escalonados que hagan factible el pasaje de las viejas estructuras a las nuevas (clínicas de día y de noche, talleres de recalificación laboral, servicios de rehabilitación, etc.).

El segundo aspecto está íntimamente ligado al primero y se trata de la formación de los recursos humanos necesarios para implementar los nuevos modos de asistencia, es decir, la formación de agentes de Salud Mental con conocimientos acordes a los nuevos roles, con una capacitación teórica y práctica que los habilite para enfrentar con creatividad y solvencia profesional el sostén de las nuevas necesidades asistenciales. La formación de tales agentes de Salud Mental requiere de tiempo y organización de los dispositivos educativos para evitar improvisaciones que podrían entorpecer seriamente la implementación de los cambios. Afortunadamente el país cuenta con una amplia gama de recursos institucionales y educativos que posibilitarían una descentralización y regionalización de los contenidos curriculares destinados a los nuevos agentes de Salud Mental.

---

La Ley 26.657 plantea la necesaria interlocución del psiquiatra con el conjunto del dispositivo asistencial en todos los aspectos que hagan a los tratamientos, derivaciones, prácticas grupales o individuales, situaciones de pasaje a los dispositivos alternativos, a las altas, etc. El desafío es no quedarse en la formulación de un igualitarismo ingenuo, insostenible en los hechos sino se cubren los aspectos formativos que hagan realidad los intercambios valederos y necesarios que el espíritu de la ley propugna. Cuando se propicia en la letra de la ley una participación de los diferentes estamentos e integrantes del conjunto del equipo asistencial se legitima una saludable democratización de las prácticas institucionales. Pero la única forma de evitar una recaída en la tan criticada hegemonía del psiquiatra será dotando al conjunto terapéutico de los conocimientos y *savoir faire* que los habilite para una interlocución valedera. Sin ese requisito será muy difícil cumplir con el espíritu de la ley. Estoy diciendo que desde nuestro lugar de psiquiatras deberemos afrontar los cambios en nuestra propia

formación, asumir nuevas formas de desempeño pero también serán necesarias otras condiciones para los enfermeros, asistentes sociales, terapeutas institucionales, psicoterapeutas, etc.

No debemos olvidar que los cambios estructurales y conceptuales suelen enfrentarse con resistencias institucionales y personales capaces de malograr los intentos innovadores que pueden contraponerse con intereses subalternos ante la pérdida de hegemonía, situaciones de poder y narcisismos de toda estirpe. Desatender estos riesgos podría llevar a trasladar a los nuevos dispositivos los viejos modos de funcionamiento.

# Patologías resistentes y factor humano |

*Resistant pathologies and the human factor*

## Dr. Daniel Izrailit

Médico Psiquiatra – Psicoanalista - Docente  
Asociado Salud Mental (UDH Lanús -UBA)  
Supervisor de Residencias en Salud Mental  
dizrailit@yahoo.com

### Resumen

A partir de las patologías que no responden al tratamiento farmacológico se propone revisar la relación terapéutica considerando su complejidad: las expectativas del paciente, sus creencias, la relación con su enfermedad, la confianza en el psiquiatra, las expectativas del psiquiatra, sus condiciones de trabajo, el genuino interés en la persona del paciente, la relación con otros colegas de la salud involucrados en el tratamiento y como todo ello impacta en la matriz neurobiológica como sustrato preexistente y a la vez moldeable por las experiencias vitales

**Palabras Clave:** patologías resistentes-relación terapéutica integral- expectativas- deseos-confianza- interés humano

### Abstract:

*Based on non-responsive to pharmacological treatment pathologies, a review focused on the therapeutic relationship complexity is proposed; i.e.: patient's expectations, beliefs, relationship with his illness, psychiatrist confidence; psychiatrist's expectations, working environment, genuine interest in the patient's person, teamwork with other professionals; and finally, how all these impacts on the neurobiological matrix as a preexisting substratum and at the same time, shaped by life experiences.*

**Key words:** resistant pathologies- comprehensive therapeutic relationship- recovery wishes- expectations- trust- human interest

Las patologías resistentes designan una diversidad de cuadros psicopatológicos que, una vez agotadas ciertas instancias farmacológicas y clínicas para su tratamiento, permanecen inalterados o con mejoras insustanciales. Si bien en un comienzo se hizo particular énfasis en la Depresión Resistente, en la actualidad, muchas otras patologías adquirieron un status similar: Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) Resistente, Esquizofrenia Resistente, Bipolaridad Resistente ...

La estadística de la falta de respuesta a la medicación en Psiquiatría es sorprendente: casi todos los autores la ubican entre un 20 y un 50% al menos ante el primer intento farmacológico y esto es válido para la Depresión pero también para los otros cuadros citados -apenas con ligeras variantes-.

La indagación de un fenómeno de semejante magnitud ha hecho pie fundamentalmente en el área biológica donde se han identificado varios correlatos neuroquímicos posibles para dar cuenta del fenómeno de la resistencia (Glicoproteína P<sup>(16)</sup>, Glucocorticoides, alteraciones circadianas, del eje hipotálamo hipófisis, entre otros<sup>(9)</sup> y en mucho menor medida en consideraciones de orden psicológico. Aunque parezca una obviedad, debemos recordar que tanto el diagnóstico psiquiátrico como la prescripción farmacológica son realizados por un sujeto humano para otro sujeto humano, por lo que cabría pensar si en esa operatoria (simple solo en apariencia) no existen variables que podrían incidir en el fenómeno que nos interesa. A modo de ejemplo:

Ante una depresión que no responde al primer intento de tratamiento, luego de revisar y confirmar el diagnóstico hoy se piensa en términos de cambio de molécula, potenciación y combinación<sup>(10)</sup>. Las alternativas secuenciales en el tratamiento de la Depresión (STAR-D) aporta una hoja de ruta valiosa en este sentido. Un itinerario posible sigue por ejemplo con la psicoterapia cognitiva, la luminoterapia, la estimulación del nervio vago y más allá, la electroconvulsiva y la estimulación transcraneana<sup>(2)</sup>. Un paciente que ha pasado por toda la escala descrita sin resultados (o sea con un diagnóstico de patología resistente) decide cambiar de profesional. El nuevo colega al cabo de un tiempo logra resultados positivos: el paciente ahora responde al tratamiento, incluso rápida y consistentemente... ¡Con el mismo plan, incluso con la misma dosis que no funcionó con el primer colega!

Si todos en mayor o menor medida hemos pasado por una situación así (del lado favorecido o del opuesto) llama la atención que, siendo tan alto el número de los pacientes resistentes, en ninguno de los protocolos de abordaje aparezca la opción "Derivación a un colega". Así como resulta más natural el cambio de molécula que el cambio de profesional, sucede lo mismo con la potenciación: la pensamos para los fármacos pero no para nuestro instrumento privilegiado que es la relación personal con el paciente y su familia.

### Algunas referencias al nivel psicológico-social

"La conducta es siempre la manifestación de un ser humano en un contexto socio-cultural y tiene, por lo tanto, propiedades que no aparecen o no existen en el nivel biológico. En este sentido toda la Biología al estudiar al hombre como ser vivo en el nivel de todos los demás seres vivos recurre en cierta medida a un artificio porque hace abstracción de la condición particularísima y única del hombre entre todos los seres vivos"<sup>(3)</sup>.

El mayor médico de la antigüedad, Hipócrates (aprox. 460 - 377 AC) profundizó y



complejizó el análisis (de la época griega) afirmando que el estudio de las enfermedades debe fundarse “en cuanto hay de común y cuanto de individual en la naturaleza humana, en la enfermedad, en el enfermo, en la dieta, y quien la prescribe (porque de eso dependen los desarrollos favorables y funestos) en las costumbres del pueblo, el régimen, la edad de cada uno, las profesiones, las conversaciones, los modos, los silencios, los pensamientos, en el sueño y el insomnio, en los sueños (cómo y cuándo), los gestos involuntarios, los paroxismos... Sobre la base de todo se debe extender la indagación y también todo de lo que esto deriva”.<sup>(1)</sup>

Mucho más acá en el tiempo, otros autores describían los llamados “factores inespecíficos del tratamiento psicofarmacológico” que dan cuenta de “aquellos efectos que no dependen de las propiedades farmacológicas de la sustancia psicotrópica y pueden modificar la respuesta terapéutica, fundamentalmente la expectativa ante la medicación donde juegan su papel no sólo el paciente sino también el psiquiatra, la familia del paciente y el ámbito sociocultural en el que se desenvuelve el enfermo”<sup>(13)</sup>

“La experiencia nos demostró que aquellos profesionales que más confían en la eficacia de lo que prescriben e ilustran con sencillez y claridad sobre las ventajas, y sobre los efectos secundarios que promueve el psicofármaco, son también aquellos que poseen un porcentaje más alto de éxito. La buena prescripción no sólo debe tomar en cuenta la adecuada elección del fármaco sino también establecer las condiciones más sencillas y fáciles para un adecuado cumplimiento”.<sup>(18)</sup>

“La medicina se presenta como un arte donde la intuición y el gesto son tan valiosos e imprescindibles como los remedios, y existe también una actitud de honesto realismo cuando se describe el momento actual como un quiebre en la enseñanza de estas verdades “por el escaso tiempo que se dedica a desarrollar estas habilidades en la formación del médico”. De allí provienen malentendidos y prejuicios discriminatorios que perjudican tanto los intereses del paciente como los del médico”.<sup>(5)</sup>

Hace unos treinta años disponíamos apenas de un puñado de fármacos, por lo que los cuidábamos como si fuesen oro. Cuando la psicoterapia se mostraba insuficiente y nos decidíamos por medicar buscábamos los modos posibles para hacer valer ese recurso escaso con vocación pedagógica, explicando, anticipando, rastreando en el paciente y la familia posibles desconfianzas, resistencias o, muchas veces, francos boicots contra la medicación. Hoy ya no sucede esto en igual medida. La abundancia tiene sus efectos adversos... Es cierto que en la actualidad el psicofármaco está plenamente instalado en nuestra cultura (tanto que el paciente mismo suele tomar la iniciativa para ser medicado) pero justamente por eso es posible que se haya ido automatizando su prescripción.

## Preguntas

A través de una serie de preguntas, propongo tomar a las llamadas patologías resistentes como un modo de interpelación sobre cómo estamos trabajando hoy en el campo de la Salud Mental.

### Pregunta 1

*¿Quién es el que se resiste? ¿Es la Depresión, es el TOC, es*

*la Esquizofrenia, es el individuo que las genera -las porta- las padece, o son ambos (enfermedad e individuo) de diferentes modos y en diferentes proporciones?*

### Pregunta 2

*Todo paciente que sufre un síntoma o un cortejo de síntomas constituyendo lo que llamamos una patología, ¿está naturalmente dispuesto a liberarse de ella?*

### Pregunta 3

*Si lo estuviera, ¿es una actitud “desinteresada” o pide algo a cambio?*

### Pregunta 4

*Si así fuera, ¿qué pide a cambio un paciente para “entregar” sus síntomas al profesional que lo trata?*

### Pregunta 5

*¿El psiquiatra también tiene requisitos para responder a lo que le pide el paciente?*

## El factor humano

Si bien actualmente hay una alusión indirecta al factor humano bajo la fórmula de “adherencia al tratamiento” a la hora de evaluar fracasos terapéuticos el factor humano del lado del profesional y del vínculo con el paciente está prácticamente ausente. Veamos si podemos analizar con cierto detalle el factor humano integralmente, respetar su complejidad, entrever de qué está hecho y rastrear sus posibles efectos sobre la evolución de un tratamiento farmacológico.

Un viejo artículo de Sigmund Freud de 1905 en el que se refiere a la expectación<sup>(6)</sup> es un buen punto de partida para plantear el factor humano: describe a la expectación como “un estado anímico merced al cual toda una serie de las más activas fuerzas psíquicas pueden ponerse en juego para determinar la provocación y la curación de afecciones corporales”, y da como ejemplo paradigmático a las llamadas “curas milagrosas” que se producen en creyentes bajo la influencia de ceremonias destinadas a exaltar los sentimientos religiosos y que efectivamente producen no sólo cambios favorables en los padecimientos anímicos “sino también sobre las enfermedades “orgánicamente fundadas” que hasta ese momento habían resistido todos los esfuerzos médicos”. La expectación en sus dos versiones, ansiosa y confiada, aparece como el primer escalón de los movimientos anímicos que se despliegan al interior de las relaciones humanas que se configuran en el campo médico, en especial en la relación médico - paciente y suele comenzar incluso antes de que se concrete el encuentro. Es percibida por el paciente en forma más o menos directa: si se trata de la modalidad confiada como un agradable, benéfico, estado de seguridad, de esperanza de curación o de alivio. Lo contrario, la expectación ansiosa, es vivenciada como inquietud, miedo, desconfianza, o rechazo. Los cuatro elementos constitutivos de la expectación señalados por Freud son:

1. “El anhelo de curación del paciente”.
2. “La valoración o respeto hacia el arte médico en general”.
3. “El poder que le conceda el paciente a la persona del médico en particular”.

4. “La simpatía puramente humana que el médico sepa despertar en el paciente”.

Me permito tomar este esquema como soporte para hacer algunas elaboraciones y adecuaciones de época que no se encuentran en el texto aludido. Ante todo entiendo que se trata de un esquema de magnitudes, inestable y dinámico, o sea de lucha de fuerzas donde se pueden dar todas las combinatorias posibles y a su vez con variaciones temporales potencialmente considerables. En el mejor de los casos, si las cuatro fuerzas son positivas, la sumatoria da como resultado una gran expectación confiada al menos para un momento dado. Pero esto no es lo más frecuente. Puede suceder que siendo 1 y 2 muy pobres, y 3 y 4 muy potentes, se produzca una suerte de neutralización, o que el resultado por ejemplo sea una leve expectación confiada.

1. Sobre el anhelo de curación vale recordar sumariamente que junto con el sufrimiento hay “beneficios” en el enfermar: los pacientes en mayor o menor medida se abrazan a sus síntomas - enfermedades, ya que además de las prerrogativas prácticas que les pueden ofrecer a nivel laboral o familiar a veces es lo único que tienen o que creen tener en la vida. La relación del hombre con su enfermedad es un capítulo apasionante, que lejos está de ser lineal o sencillo. Hay pacientes que se presentan estrechamente unidos a su patología conformándose una unidad inextricable entre personalidad y enfermedad donde suele ser muy arduo determinar alguna frontera; otros traen la patología con cierto grado de exterioridad a sí mismos como si se hubiera establecido una zona de clivaje entre la enfermedad y el yo que la reconoce en parte o integralmente, y puede dar cuenta de ella y de sus variaciones en el tiempo. Las consecuencias prácticas de esta diferencia no son menores. Otra cuestión de importancia clínica es la relación entre la magnitud del padecimiento y el anhelo-capacidad de curación: todos los psiquiatras tenemos alguna experiencia sobre logros terapéuticos en pacientes muy afectados pero con una gran capacidad (deseo) de curarse versus fracasos terapéuticos con pacientes “un poquito enfermos” pero sin disposición alguna al tratamiento. Si bien hay corrientes que conciben estas dos características planteadas aquí bajo el rótulo “relación con la enfermedad” como inherentes a la naturaleza misma de la patología, considero que deben computarse en el orden de la singularidad, tanto del paciente (con sus modos usuales de enfermar) como del vínculo con el psiquiatra una vez que se pone en marcha ése proceso terapéutico. Se infiere que el punto 1 del esquema (“anhelo de curación”) está estrechamente ligado a los tres puntos que se describen a continuación.

2. Sobre la valoración hacia el arte médico en general vale recordar “la habitual disconformidad del paciente con la ciencia médica, tan ineficiente a menudo” y “la sublevación interior contra el carácter autoritario del pensamiento científico, que enfrenta al hombre con la inexorabilidad de la Naturaleza”(8) como dos pilares poderosos que, según Freud, nutren permanentemente la expectación ansiosa, o sea que conspiran contra una buena disposición a aceptar las indicaciones del profesional.

3. Sobre el poder que el paciente le conceda al médico: aquí juegan consideraciones vinculadas al prestigio y o la popularidad del profesional, a las recomendaciones recibidas por

otros pacientes o familiares asistidos, temas vinculados a su vez a la cuestión de la libre elección del médico (casi abolida en los sistemas de atención actuales); también cuenta el ámbito institucional en el que desarrolla su práctica (15) y la valoración que una sociedad en un momento dado le otorga a la profesión en general, al ámbito específico (hospital público, por ejemplo) y la especialidad psiquiatría en particular.

4. Sobre la simpatía que sepa despertar el profesional: En este punto hay que decir que el paciente percibe con nitidez cuando el profesional se interesa en él como persona o sólo como envase de la enfermedad que él padece. Tal percepción no siempre es consciente pero sí tiene consecuencias determinantes en el proceso de la curación. La llamada “adherencia al tratamiento” es una de las expresiones de este encuentro - desencuentro.

### Grupos de resistencia

Se puede postular que uno de los pilares de la resistencia psicológica a los fármacos se sostiene en la percepción del paciente de una ausencia o pobreza de interés del psiquiatra por su condición de persona, interés que, en el mejor de los casos, está dirigido a esa suma de variables conocidas como “la enfermedad”, objeto privilegiado no sólo de la Psiquiatría sino de la Ciencia Médica en general (7) con las modalidades prácticas que ha ido tomando en los últimos años. Es posible que en esta forma de resistencia se ubiquen en especial aquellos pacientes más carenciados afectivamente tanto por historia como por vínculos actuales. Si bien el desamor es una sombra persistente en nuestra vulnerable condición humana, qué decir para un sujeto tocado por la experiencia depresiva, o más aún, por la psicosis. El genuino interés del psiquiatra por aquellos temas que forman parte de la identidad del paciente, de sus opciones personales - culturales más representativas (vínculos de significación, predilecciones artísticas, deportivas, creencias religiosas) suele ser escuchado como acto de amor en alguno de sus registros subjetivos.

Se podría decir un tanto provocativamente que para un considerable grupo de pacientes la resistencia al tratamiento es inversamente proporcional al genuino interés humano que han logrado despertar en el psiquiatra.

Hay otro grupo de pacientes, probablemente más numeroso que el anterior donde los requisitos son menores: requieren que el profesional esté interesado al menos en su enfermedad y que se muestren deseosos de curarlos. A modo de ejemplo:

La manera cuidadosa de presentar la medicación que van a prescribir, la anticipación de los posibles efectos adversos de un fármaco, la duración estimada de los mismos y las medidas a implementar oportunamente, la indagación acerca de prescripciones anteriores y sus resultados, la calidez en el trato, la facilidad que le ofertan al paciente para ser hallados ante una complicación o una duda, el grado de participación que puedan darle a la familia en el proceso (tanto en incluirlos como lo contrario cuando se muestran reacios o nocivos para el paciente), el tiempo que le dedican a la entrevista, la consideración por el costo del fármaco (que en más de un caso hace inviable la prescripción), el respeto por el colega que se ocupa de la psicoterapia si la hubiere y su disposición a consultarse o trabajar en equipo. Es interesante destacar que aun no desarrollando fre-

cuentas corrientes de simpatía hacia los pacientes, la forma semiológica amplia y sostenida en el abordaje de la enfermedad (planteo hipocrático) suele ser suficiente para lograr una adecuada predisposición en buena parte de los pacientes. Freud apunta que cuantos menos recursos “objetivos” tenía el médico para la curación, más esfuerzos tenía que hacer para lograr las condiciones psicológicas propicias en el paciente y a eso lo llama “acción psicoterapéutica del médico” en sentido amplio. El modo de saludar, de mirar o la pregunta por el resultado de algún evento muy esperado por el paciente tienen acción sobre el nivel somático a través de infinidad de mediaciones neurobioquímicas que con el tiempo irán identificándose.

Un tercer grupo de pacientes que podría llamarse “transcaracterial” reúne condiciones de los dos anteriores pero tiene la particularidad de tratarse de sujetos que han padecido efectos adversos mortificantes o temen especialmente “depender del psicofármaco”.

Tanto el esquema de Freud sobre las expectativas como el de los factores inespecíficos citado al comienzo del artículo no contemplan al menos explícitamente la expectativa del médico ante el paciente. El psiquiatra, por ejemplo, puede esperar encontrarse con un paciente dócil a sus indicaciones, que responda rápidamente a los fármacos, que tenga una familia colaboradora o al menos que no interfiera, pero también podría aspirar a que presente una patología compleja porque le gustan los desafíos clínicos o bien por sus intereses académicos. Con respecto a la personalidad del paciente se abre otro ramillete de opciones pero todos sabemos que algunos despiertan simpatía espontánea en el médico, otros que no la despiertan y otros generan sentimientos de rechazo. El psiquiatra no siempre tiene el hábito de pensar qué le sucede a él con cada paciente en particular, y menos aún el de relacionar una falta de respuesta a fármacos con incompatibilidades de expectativas o de carácter. Quizás por eso la opción “derivación a un colega” citada al comienzo del artículo no aparezca en los protocolos: requiere con anterioridad tener activa la representación “vínculo personal - eficacia del proceso terapéutico”.

“La rigidez del pensamiento, la falta de estudio, el aislamiento profesional, las malas condiciones de trabajo constituyen elementos de resistencia por parte del profesional”...<sup>(12)</sup>

Una cuestión nada menor a la hora de evaluar eficacia y resistencias es la vinculada a los tratamientos conjuntos Psicofarmacología - Psicoterapia, comparando por un lado los realizados por el mismo profesional versus los que implican dos colegas trabajando en simultáneo, y a su vez -y quizás el tema más complejo de evaluar con rigor-, las diferencias entre psicoterapia cognitiva-conductual y psicoterapia dinámica o de corte analítico, ya que si bien sobre esta última se han hecho diferentes consideraciones, se plantea aquí la gran dificultad de evaluar una modalidad tan singular teniendo en cuenta que se trabaja con una concepción del enfermar y de la cura no necesariamente funcional y, por ello, se maneja con otros tiempos. Si bien su planteo exhaustivo desborda el presente trabajo, baste decir que el modo de pensar la cuestión desde la mirada psicodinámica es que el psicofármaco actúa sobre el nivel económico (cantidades de excitación) del aparato psíquico y la palabra sobre el nivel cualitativo -y si bien en algún caso la psicoterapia podría cubrir la función cuantitativa del fármaco, lo contrario no se verificaría-

“Los efectos psicofarmacológicos pueden ser negativos si el enfermo no está controlado psicológicamente y no existe un lugar donde su palabra pueda ser tratada”.<sup>(14)</sup>

Para quienes trabajamos utilizando psicofármacos y terapia dinámica lo más usual es la corroboración clínica que para una cantidad de padecimientos mentales el fármaco funciona abriendo el camino para que la palabra liberada del cepo cuantitativo pueda desplegarse.

## El efecto placebo

Hay estudios sobre efecto placebo que incitan a reconsiderar el hecho terapéutico en su compleja multideterminación. La comprobación que un placebo pone en marcha una serie de cambios fisiológicos de gran similitud con los que genera el principio activo<sup>(17)</sup> es un acicate para reintroducir el nivel psicológico-social (expectativas - deseos estimulados por la presencia - acción de un otro actuando de determinada manera) en los procesos de la cura. Pensar que estamos dotados de un “programa fisiológico de corrección”<sup>(1)</sup> estructurado por los primeros vínculos (especialmente el materno) y que en la vida adulta tal programa quedaría latente a la espera de que ciertos “estímulos ambientales” lo vuelvan a poner en marcha es una de las aportes más prometedores de estas investigaciones que, además, tienen puntos de encuentro con postulados teóricos de diversas corrientes psicológicas. De más está decir que el médico y el fármaco que él indica son un estímulo ambiental privilegiado. También lo son las (otras) creencias del paciente.

En palabras de lingüista: “Cuando nos enteramos de que placebo es un término que se relaciona con complacer empezamos quizá a entender (o a sospechar) las complejidades y complicaciones de esta palabra y el espíritu del método que implica”.<sup>(6)</sup>

## Un caso clínico

En diciembre del 2009 recibo a Clara, una paciente de 34 años que llega acompañada por su marido, quien refiere que su mujer tiene un diagnóstico de “depresión melancólica grave” según la psiquiatra que la asistió los últimos 4 años. Notoriamente obesa, Clara pertenece junto al marido y familia de origen a una congregación religiosa de hábitos y conductas morales muy estrictos. Se pasa el día en la cama, con pérdida completa de interés y de vitalidad; de noche dificultad para conciliar el sueño y varios despertares. Expresa culpa por no poder ocuparse de su hijo (de diez años) y por descuidar a su marido. Refiere un primer intento de suicidio (así definido por ella) en el mes de julio, con psicofármacos, seguido de internación domiciliaria y otro similar unos días previos a la consulta conmigo, que no requirió internación clínica. El cuadro actual tiene cinco años de evolución, sólo con ligeros alivios transitorios. Refiere con precisión el inicio en la suba de peso: fue un mes después de la muerte de un hermano (poliadicto, HIV) trece años antes y no se detuvo hasta el presente. Un año atrás el cuadro depresivo se profundizó (en esa época hubo una mudanza: dejan de vivir con sus padres, pero ella no lo relaciona con el agravamiento). El marido me informa que Clara sufrió abuso sexual de parte de dos de sus hermanos en forma sostenida, uno de los cuales es el que falleció. Antes de enfermar era muy alegre, conversadora: “la animadora de las reuniones” dice ella. Trabajaba como promotora independiente de seguros.

Hay antecedentes de patología mental en familia paterna: suicidio de un tío abuelo y depresión prolongada de su abuelo y otro de sus tíos abuelos. Responde que la asaltan momentos muy puntuales de nerviosismo “como ganas de salir corriendo” y confirma la persistencia de las ideas suicidas al momento de esa entrevista. Refiere una psicoterapia y dos tratamientos psiquiátricos con numerosos planes farmacológicos: uno con clorimipramina, otro con mirtazapina (en dosis máximas ambos), el último y actual (un año de implementación) incluye: venlafaxina 150 mg, agomelatina 25 mg, pregabalina 150 mg, risperidona 3 mg y lamotrigina 300 mg. El último laboratorio, que incluye perfil tiroideo, no tiene datos de significación.

Dentro de la profunda tristeza e inhibición llamaba la atención la mirada de la paciente: una mirada por momentos tierna que establecía contacto, que despertaba empatía; además, el modo con el que seguía la conversación (aunque predominara la comunicación gestual sobre la verbal) me hicieron ser cautamente optimista con respecto a la posibilidad de implementar una psicoterapia de corte analítico en el momento oportuno, que no era ése, dominado por la ideación suicida franca. Indiqué internación psiquiátrica que se concretó ese mismo día, pero al cabo de una semana se interrumpió abruptamente por problemas con el prepago. La externan con venlafaxina 300 mg, risperidona 1.5 mg y lorazepam 1 mg, plan que en principio decido sostener.

El intento de establecer la psicoterapia es hartamente dificultoso: la paciente habla muy poco y cuando finalmente consigo alguna expresión significativa y le digo algo muy básico ella responde con frases del estilo ¿y qué hago yo con eso?, o ¿y ahora se me va a arreglar algo por saberlo? Apela a que sea yo quien proponga quien pregunte, se niega a buscar asociaciones y en algunas reacciones se percibe una violencia larvada. Responde que los abusos sexuales fueron desde los seis años hasta el fin de la escuela primaria y que cuidó a uno de los hermanos abusadores hasta el día de su muerte, momento en el que quiso contagiarse el HIV usando su cepillo de dientes. Describe una relación de frialdad con su madre y amorosa con su padre basada en conformarlo en sus múltiples exigencias, casi todas de orden y limpieza (él detenta jerarquía en el culto al que pertenecen). Con gran dificultad refiere conductas bulímicas entre los 16 y los 19 años. La actividad sexual del matrimonio ha sido intensa y persistente incluso durante los años de mayor depresión de Clara quien usualmente es la que toma la iniciativa. En una oportunidad en que estuvieron un tiempo sin sexo le confesó abochornada a su marido que se había hecho lamer los genitales por el perro. Con igual sentimiento refiere episodios puntuales de alcoholismo en estos años de enfermedad. Clínicamente se mantiene la abulia, hipersomnia y la enorme dificultad de llevar el hijo a la escuela, única actividad del día.

Me propuse básicamente operar en dos niveles: a) ayudar en la organización de lo cotidiano (yo auxiliar) tarea en la que el esposo tenía un papel central y b) trabajar sobre las marcadas disociaciones con que funciona su aparato mental, vinculando hechos cotidianos con reacciones emocionales aparentemente alejadas, estableciendo puentes entre conductas y situaciones, nombrando e identificando afectos y ocasionalmente refiriéndolos a situaciones significativas de la infancia. Un día logra decir que no tiene nada que hablar en las reuniones semanales en su casa paterna, “que se siente vacía al volver, porque allí no se ha-

blan de las cosas importantes de la familia”. De a poco empieza registrar el enojo, se permite alguna crítica que hasta ese momento estaban focalizadas en el marido, con quien se mostraba caprichosa e irritable. Comienza una etapa de preocupación por el orden. En una entrevista de pareja el marido apunta que ante la noticia televisiva de una violación, Clara expresó, para su sorpresa “habría que matarlos a todos”. Al tiempo comienza una racha de sueños con su hermano muerto que dura cerca de ocho meses: en casi todos ellos se reproduce una situación sexual que no alcanza a consumarse (porque la madre entra justo a la pieza o aparece algún otro obstáculo imprevisto). En un sueño ella piensa “tengo que contárselo a mi psiquiatra”, en otro sueño soy yo el que le digo “eso está mal”. Con dificultad aparece la evocación del placer en las relaciones con su hermano, y la añoranza. Se identifica con él: “los rebeldes de la familia, los que no íbamos al culto, por eso nos trataban peor que a los otros hermanos”. Sale de la cama, el marido le hace un plan de actividades en la casa que ella cumple con cierta satisfacción. Vuelve a cocinar y fantasea con venir manejando a las sesiones. Un día descubre una infidelidad: lejos del desmoronamiento que supuse, reacciona anotándose en un gimnasio, se tiñe el pelo, dice que la enfermedad puso en riesgo el matrimonio y sale a reconquistarlo cosa que aparentemente funciona. Hace diecinueve meses está sin clínica de depresión ni presenta equivalentes maniacos (salvo una esporádica irritabilidad) y hace un año pidió modificar la medicación para ayudarla con el régimen, a lo que accedí bajando la dosis de risperidona a la mitad y reemplazando la venlafaxina por desvenlafaxina. Volvió a menstruar y sigue bajando de peso. Organiza reuniones sociales en su casa y espació las visitas a sus padres. Predica diariamente. Viene sola y manejando a sus sesiones ahora quincenales. Sigo considerándola con algún riesgo potencial de autoagresión aunque con más recursos psicológicos, menor disociación, fuertemente sostenida en el vínculo transferencial y con un marido muy advertido de ciertas manifestaciones como para comunicarse conmigo de inmediato.

## Las palabras - Conclusiones

Ante la pregunta de quién es el que resiste planteada en el inicio del artículo, ahora podemos decir: resiste el enfermo que no quiere curarse bajo ninguna circunstancia; resiste el enfermo que no se siente escuchado - considerado (querido) por su psiquiatra; resiste el enfermo que no le atribuye suficiente autoridad al psiquiatra para dejarse ayudar; resiste el psiquiatra que no tiene ganas, tiempo, paciencia de interesarse por ese hombre en particular; resiste el psiquiatra porque su herramienta privilegiada, el fármaco, que tantas expectativas le produjo, de pronto le falla y eso lo desconcierta, o lo enoja. Y por último, a veces resiste la enfermedad a pesar de que quien la porta quiera curarse y que quien lo atienda quiera ayudarlo por todos los medios posibles.

Las patologías resistentes son un buen pretexto para recordar que la relación terapéutica no puede ser exclusivamente técnica. Si bien hay un elemento considerable que es de orden técnico, en la medida que quien lo aplica y quien lo recibe son personas, el factor humano se cuela inexorablemente y potencia-atenua-desvirtúa el acto científicamente irreprochable de prescribir un determinado fármaco. Aunque portamos un aspecto maquinal que se desajusta, se deteriora, se rompe, el

modo que tenemos de transmitirlo, y de acoger la ayuda o las respuestas obtenidas está forjado o al menos filtrado por el aparato psíquico con sus personales modos, conflictos, pasiones. La pregunta es si concebimos el psiquismo del paciente como un obstáculo para llegar a los signos que nos interesan detectar o si nos servimos de él (del psiquismo) para conseguir y/o potenciar nuestras indicaciones. Al interior de la relación terapéutica circulan una variedad de fuerzas poderosas a las que conviene ponerles nombre: angustia - deseo de reconocimiento - confianza - desconfianza - interés - gratitud - admiración - esperanza - rechazo - indiferencia - vanidad... Cada una o la suma de varias de ellas tiene su correspondiente "nombre": su patrón en el registro neurobiológico sobre el también actúan los fármacos.

La adherencia al tratamiento suele hacer foco, por lo general, de manera sesgada en el paciente pero raramente lo hace en el modo de trabajo del profesional y si bien algunos autores lo refieren, en general es una alusión breve y enunciativa de buenas intenciones. Estas reflexiones apuntan a la pregunta de cuán específicas y puntuales o cuán extendidas son las farmacoresistencias con las que se encuentra un psiquiatra en su práctica, buscando identificar algún nexo entre eso que le sucede con algún proceso de aislamiento o incluso de alienación dentro de sí mismo pero también dentro de los sistemas de atención vigentes (15). Y, por qué no decirlo, dentro de la promesa radical de la psicofarmacología que, a pesar de los evidentes méritos que tiene, no nos exige de reflexionar sobre qué grado de compromiso e interés humano estamos pudiendo dispensarles a nuestros pacientes más allá del atractivo que despierten sus patologías. Como ya fue dicho, las épocas de grandes avances científicos en Medicina suelen ser paradójales: el médico se inclina hacia el paradigma de las ciencias naturales volviendo irre-

levantes los ímpetus y cuidados que venía poniendo en la relación con el paciente en tiempos de menos recursos "objetivos".

"... Los antiguos supieron que la palabra cura. Desde los chamanes y los magos de oriente que practicaban sus formulas mágicas al Centurión del Evangelio existe una conciencia del poder del verbo sobre la penuria humana, pero en el camino del tiempo, en atención al progreso y a la ciencia, el ojo clínico desplaza y sustituye la voz, y a la intimidad del tacto que establece la confianza entre médico y enfermo. No nos parece extravagante suponer que entre los factores que han convertido a la medicina en una profesión de alto riesgo se encuentre en un lugar destacado la pérdida de una conexión válida y profunda con la palabra tanto en el plano del monólogo interior (que acompaña los vaivenes de la sensibilidad del médico expuesto cotidianamente al sufrimiento o a la esperanza) como en el diálogo auténtico con los pacientes. No cabe soslayar la intensidad de frustraciones y sentimientos de impotencia y culpa conscientes o no que esta carencia básica genera". (4)

El otro aspecto que se puede inferir del artículo es la posibilidad de rastrear las diferentes variaciones de la resistencia farmacológica según ámbitos específicos (hospital, consultorios, obras sociales, prepagos, etc.) y las modalidades de atención respectivas, datos que tendrán valor orientativo porque habrá que ponerlas en contexto con todas las otras variables.

La propuesta es identificar dificultades personales-contextuales y lidiar con ellas, conscientes de que aún extremando los cuidados siempre habrá pacientes que nos convoquen más que otros y lugares de trabajo que potencien lo mejor o lo más mezquino que tenemos como personas. En todo caso estar más advertidos de estas cuestiones puede hacer que incorporem herramientas nuevas en esta práctica inefable, hecha de ciencia y arte en relación con personas que suelen esperar algo de nosotros.

## Referencias bibliográficas

1. Berlinguer G. - La Enfermedad, Lugar Editorial, 1994, pág. 12
2. Bertera H. - Tratamiento Farmacológico de la Depresión Resistente. Vertex 2005 vol. 16, núm. 64, pág. 460-67
3. Bleger J. - Niveles de Integración de la Conducta en Psicología de la Conducta, Bs. As. Paidós 1973, pág. 69-80
4. Bordelois, I. - A la escucha del cuerpo, Libros del Zorzal, 2009, pág. 14, 15
5. Bordelois, I. - A la escucha del cuerpo, pág. 229-230
6. Bordelois, I. - ídem pág. 17
7. Clavreul J. - El Objeto de la Medicina es la Enfermedad: una ontología que insiste en El Orden Médico, París, Argot, 1978, pág. 139-57
8. Freud S. - Psicoterapia Tratamiento por el espíritu en O. Completas I, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973, pág. 1014-27
9. Galeno R. - Estimulación Magnética Transcraneal en Actualizaciones en Psicofarmacología 2011 Fondo Psi, 175-87
10. González F. - Nuevos Antidepresivos, en Actualiz en Psicofarmacol. 2012, Fondo Psi, pág. 13, Bs. As.
11. Lazarowski - Czorny - Resistencia múltiple a fármacos en epilepsias refractarias en Tratado de Psicof. y Neurociencia, Ed. Sciens, 2011 pág. 141-158
12. Levin S. - Apuntes para la discusión del concepto de resistencia en psicofarmacología Vertex 2005, vol. 16, pág. 436-437
13. Moizeszowicz J. - Guala S. en Psicofarmacología Psicodinámica 4, Ed. Paidós 1998, pag 6, 7
14. Moizeszowicz J.- Guala S, Idem pag.7
15. Izrailit D. - Los nuevos escenarios de la clínica: prepagos y salud mental en Vertex 2000, vol. 11, núm. 39, pág. 69-75
16. Wikinski S. - Mecanismos farmacocinéticos de resistencia en el tratamiento psicofarmacológico. El rol de la glicoproteína P, Vertex 2005 vol. 16, núm. 64, pág. 438-41
17. Wikinski S. - El efecto placebo en El Tratamiento Farmacológico en Psiquiatría, Bs. As., Ed. Panamericana, 2005, pág. 19-31
18. Zieher M. Rojtenberg S. - Causas de fracaso terapéutico en Depresión y antidepresivos, CTM 1991, pág. 223

XXXXXXXX

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

### **Dra. Guillermina Berkunsky Idiart**

Médica Especialista Jerarquizada en Psiquiatría y Psicología Médica  
Directora del Centro Integral de Salud Mental de Tandil, Provincia de Buenos Aires  
Fundadora de la Biblioteca Popular de las Mujeres y de la Biblioteca de Salud Mental  
Fundadora e integrante de la Asociación de Psiquiatras de la Provincia de Buenos Aires (APC)  
Ex residente, jefa de residentes y becaria del Servicio de Salud Mental del Policlínico de Agudos Evita -ex Aráoz Alfaro-, Lanús, Provincia de Buenos Aires  
guillerminaberkunsky@yahoo.com.ar  
cism.tandil@gmail.com

Quizá este dossier debiera haber sido escrito en grupo. Justamente porque, como bien dice Janine Puget en el prólogo de la reciente obra “Trabajando en y con grupos”, compilada por las Dras. Diana Kordon y Lucila Edelman y comentada en un número anterior de Sinopsis, los grupos son “capaces de activar la función del pensar, del cuestionar, la creatividad... y la posibilidad de pensar a partir de ideas de otros en general es enriquecedora y da la posibilidad de cuestionar las propias ideas”.

Disculpo entonces parte de lo que omitiré este dossier, comentando algunas de las obras que encontré en la incipiente Biblioteca de Salud Mental que venimos desarrollando en Tandil y para la cual varios/as de los/as lectores han donado algún libro (y espero esta lectura los/as anime aún más!). Por ello observarán que cada tapa fotografiada tiene una cinta verde que nos indica que ese libro cuenta con su ficha para ser retirado y disfrutado por quienes se asocien a este nuevo espacio en el interior de la Provincia de Buenos Aires.

Espero les resulte de interés esta selección (que elegí por su valor histórico y por ser argentina) y un próximo viaje a Tandil les permita tomarla en vuestras manos.



### **Primer Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo. 24 a 28 de septiembre de 1957. Buenos Aires. Argentina.**

Este hermoso ejemplar que llegó a mis manos a través del Dr. Blas de Santos, compila todos los trabajos y discusiones que se realizaron en este congreso organizado por la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, presidida entonces por el Dr. Raúl J. Usandivaras.

Aún bajo una Facultad de Medicina de la UBA intervenida, se realiza este impresionante congreso con figuras de la talla de David Zimmerman, José Bleger, Arnaldo Rascovsky, Enrique Pichón Riviére, entre tantos otros y donde psiquiatras como la Dra. Lía Ricón y el Dr. Mauricio Goldenberg presentan sus experiencias (en este caso el proyecto de psicoterapia de grupo para el recién inaugurado Servicio de Psicopatología, Neurología e Higiene Mental del Hospital General de Lanús) o mi querida terapeuta de grupo, la Dra. Álvarez de Toledo, quien para entonces presenta junto a los Dres. Fontana y Pérez Morales el uso de la dietilamida del ácido lisérgico en sus grupos terapéuticos. El libro nos retrotrae a ese encuentro en el que por la mañana y con debate del público asistente, sesionaban las mesas redondas integradas por un coordinador, un relator, discutiendo oficiales e invitados. Por la tarde, y con el formato de la Asamblea coordinada por un presidente y secretario, eran leídas y discutidas las aportaciones libres, con un riguroso y equitativo manejo del tiempo para quien tomara la palabra.

Su lectura nos lleva directamente a reconocer la extensa trayectoria que tiene la experiencia de los grupos y su entendimiento conceptual en el campo de la salud mental argentina. aventuras con alumnas, y trata de darle un sentido para enfrentarse a la muerte.



### **Psicoterapia de Grupo**

*León Grinberg, Marie Langer, Emilio Rodríguez. Paidós, 1957*

Este es el primer libro publicado en castellano sobre el tema y que resulta, según expresan los autores en el prólogo “un libro sobre grupos escrito por un grupo... una aventura colectiva que nos ha causado mucho placer”. Y por la fecha de su publicación, es indudable que este trío tuvo mucho que ver con el congreso realizado entonces.

Con una necesaria reseña histórica de la psicoterapia de grupo, un interesante material clínico propio de los autores y una extensa bibliografía (¡que supera en creces a ésta!) vuelve a generar en quien lo lea la convicción en la importancia de conocer y saber emplear este dispositivo psicoterapéutico.



### **El Grupo Psicológico**

*L. Grinberg, M. Langer y E. Rodríguez. Nova. Biblioteca de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, 1959.*

Embalados con el libro anterior y sumando interesantes colaboraciones resultantes seguramente del impacto del congreso y su publicación, el mismo trío edita este libro que ya no sólo hace hincapié en la técnica y en las aplicaciones clínicas, sino también en la aplicación de la psicoterapia de grupo para su enseñanza e investigación.

Y afirman con alegría (¡1959!) que ya forman parte de una investigación psicosocial sistemática que visualizan como unidad en los países latinoamericanos.



### **Psicoterapia de Grupo en Niños y Adolescentes**

*Eduardo Pavlosvsky. Centro Editor de América Latina, 1974*

Uno de los tantos libros “desaparecidos” durante la última dictadura militar argentina, quizá y entre otras cosas porque Pavlosvsky lo dedica a los dos médicos que tuvieron mucha influencia en su vida: la Dra. Marie Langer y el Dr. Ernesto Guevara. O porque claramente en el extenso contrapunto que realiza con Hernán Kesselman y Armando Bauleo se afirma la ineludible relación entre lo político y lo personal, y sobre la que contundentemente Bauleo escribe “... conversar y escribir sobre todo esto... es nuestra obligación para que los idiotas no crean que cuando hablamos de la ideología hablamos de hacer un discurso a nuestros pacientes (lo de idiota vienen de la no discriminación que efectúan entre análisis ideológico y participación política)”. O porque el autor ya había formado parte de la ruptura con la Asociación Psicoanalítica Argentina a través del grupo Plataforma, que propugnaba un Psicoanálisis que creyera en un inconsciente social e histórico. O porque es editado por el CEAL.

De todas maneras llega a nuestras manos y así encontramos un jugoso libro en el que se plantean desarrollos y concepciones que sus protagonistas de entonces encuentran posteriormente en obras de tanto reconocimiento y divulgación como lo fue “Realidad y Juego” de D. Winnicott.

Como afirma Emilio Rodríguez, un libro que no sólo llena un hueco respecto al tema mismo sino que “por la naturaleza práctica clínica de los problemas que plantea y por el nivel de síntesis alcanzado en el plano teórico es una obra original en el tema de las terapias grupales infantiles”.

---

### **Psicoterapia Grupal en la Psicosis. Psicocine**

*Miguel Materazzi. Paidós, 1975*

El autor presenta el esquema conceptual referencial concreto de abordaje a las psicosis que presentara anteriormente en el Congreso Mundial de Psiquiatría de 1971 y que desarrollara en el Hospital Borda. Él mismo lo describe cuando dice "Arte, oficio y ciencia se combinan para guiar al individuo a mantener su propia identidad y equilibrio contra las presiones impuestas por la comunicación masiva y el estado colectivo disarmónico".

Incluyendo el guión completo de su tercer filme realizado con esta técnica, Materazzi afirma en esa época: "mediante el ensamble entre cine y psiquiatría se pretende en parte aportar a la consecución del "hombre nuevo"... una dimensión posible, concreta, que madura y crece desde lo que todavía somos".

---

### **Psicoterapia estructural de la pareja y del grupo familiar**

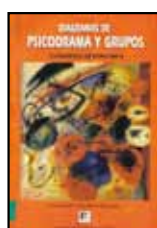
*María C. Gear y Ernesto C. Liendo. Ediciones Nueva Visión, 1974*

Los autores se proponen articular interdisciplinariamente algunas hipótesis seleccionadas del psicoanálisis, la psicología social, la semiología estructural y la teoría de la comunicación con el afán de construir un nuevo cuerpo de hipótesis teóricas, clínicas e instrumentales que le permita al coordinador de un grupo fundamentar coherentemente sus decisiones.

Este inmenso propósito supone entonces un desarrollo teórico complejo, que ya habían presentado más extensamente en una obra editada un año antes junto a Luis Prieto, *Semiología Psicoanalítica*. Pero por el desarrollo de cada artículo, un buen resumen de cada uno con su bibliografía y abundantes ejemplos clínicos, la lectura termina siendo amena.

Desde la psicoterapia de pareja a la terapéutica de enlaces institucionales, pasando por el análisis familiar, se trata a mi gusto de un libro que abre muchas cuestiones a pensar y desarrollar y que quizá no ha tenido la divulgación que merecía.

---



### **Diagramas de Psicodrama y Grupos. Cuadernos de Bitácora II**

*Ana María del Cuetto (Comp.) Ediciones Madres de Plaza de Mayo, 2008*

Me parece interesante terminar esta pequeña compilación con uno de los tantísimos libros editados por la Asociación de Madres de Plaza de Mayo en los últimos años, en relación a su propia Universidad y a los congresos multitudinarios que año a año realizan.

En esta compilación diversa e interesante -E. Pavlovsky, H. Kesselman, L. Fridlevsky, O. Saldón, P. Blache, G. Pérez, L. Miguelez, F. Ulloa, E. Pérez, N. Filgueiras, I. Vázquez, M. Baz, M. Dobry, R. Marcer, C. Scordulla, E. Hernández B. y hasta Félix Guattari-, los preceptos de la Universidad de las Madres están permanentemente incluidos en los escritos.

Vaya pues un pequeño homenaje a ese inmenso trabajo en la inclusión de un fragmento de estos principios que prologan el libro. "El origen histórico, político, material y simbólico de nuestra Universidad se encuentra en la voluntad y acción de la Asociación Madres de Plaza de Mayo. La comunidad universitaria se enorgullece con su lucha, siendo ésta una fuente continua de responsabilidad social, energía creadora y esperanza de transformación".

Y quizá en esta última frase se condense algo de lo que potencialmente define a un grupo: responsabilidad social, energía creadora y esperanza de transformación.

---



Al Dr. Leopoldo Salvarezza

En “Psicogeriatría: Teoría y clínica” (2002) se presenta a los lectores, Manifiesta que, más allá del contenido de un libro, importa cómo el autor llegó a formar su pensamiento. Sobre todo en qué momento histórico-social lo hizo. Esta inquietud, sin duda, lo define como un humanista. Impronta con la que dotó a la práctica psicogeriatría.

Estudió medicina, y luego psicoanálisis (en la Asociación Psicoanalítica Argentina). Según él, no le alcanzó sólo con curar o tratar de hacerlo, sino que tuvo la necesidad de saber cómo y por qué enfermaba la gente.

Pero a su búsqueda, su formación, su identidad, le faltaba un nuevo encuentro. Este vino de la mano del azar. En mayo de 1970 escuchó a un psiquiatra hablar sobre su trabajo con viejos en el Hospital Moyano, era Mario Strejilevich. El impacto de ese encuentro lo definió de ahí en más como psicogeriatra. En octubre de ese mismo año, en el Centro de Salud Mental Nro. 1, formó el equipo de psicogeriatría y psicoprofilaxis de la vejez. Equipo que sirvió de modelo para la formación de otros en diferentes instituciones. Funcionó hasta comienzos de 1976.

Desarrolló temas como la sexualidad, el narcisismo y la familia en la vejez. Pero se destaca su formulación con respecto al viejismo, traducción del término ageism creado por Robert Butler en 1965. Lo utilizó para referirse a aquella conducta social amplia y compleja, con dimensiones históricas, culturales, sociales, psicológicas e ideológicas, que se utilizan para la desvalorización y discriminación de la personas en función de su edad.

Fue profesor titular de la cátedra de Psicología de la tercera edad y vejez de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Publicó: El fantasma de la Vejez (1995); El envejecimiento. Psiquis, poder y tiempo (2001) y La vejez: Una mirada gerontológica actual (1998).

A una de sus últimas charlas la llamó: “Todo lo que usted quiso saber sobre psicogeriatría y nunca se atrevió a preguntar”. Fue un momento de encuentro y reflexión que, con seguridad, habrá marcado a muchos de la misma manera que le ocurrió a él hace más de cuarenta años.

Los más próximos lo llamaban “Polo”. Falleció en Buenos Aires el 6 de mayo de 2012.